

Intervención cognitivo conductual de un paciente con Fobia Especifica de 6 años:

Estudio de caso único

Estudiante

Mónica Andrea Pérez Rebellón

Tutora: Ana Mercedes Bello-Villanueva, PhD

Maestría en Profundización en Psicología Clínica

Universidad del Norte

Barranquilla

2016

Contenido

Introducción.....	5
1. Justificación	8
2. Área Problema	10
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivo general.....	15
3.2 Objetivo específicos.....	15
4. Historia Clínica del paciente.....	16
4.1. Información de identificación	16
4.2. Motivo de consulta.....	16
4.3. Descripción de la sintomatología.....	17
4.4. Historia del problema actual	18
4.5. Historia personal	19
4.6. Historia familiar	20
4.7. Historia socioafectiva.....	21
4.8. Historia académica.....	22
4.9. Genograma.....	23
4.10. Procesos de Evaluación.....	24
4.11. Resumen de evaluación y resultados.....	25

4.12.	Conceptualización diagnóstica y diferencial.....	33
4.13.	Conceptualización cognitiva	35
4.14.	Formulación clínica del caso.....	36
4.15.	Objetivos terapéuticos y plan o diseño de intervención	39
4.1.5.1	Objetivo general 1. Disminuir respuesta fisiológica, cognitiva y conductual del miedo.	39
4.1.5.2	Objetivo general 2. Fomentar estilos parentales acorde al paciente.....	40
4.1.5.2	Objetivo general 3. Fortalecer auto esquemas.....	41
4.1.5.2	Objetivo general 4. Prevención de recaídas y seguimiento	42
4.16.	Curso del tratamiento	42
5.	Apartes de las sesiones	46
5.1.	Sesión No. Evaluación	46
5.2.	Sesión No 1.	50
5.3.	Sesión No. 2	53
5.4.	Sesión No 6.	56
5.5.	Sesión No 21.	58
6.	Marco teórico.....	61
6.1	Antecedentes históricos, definición conceptual de la fobia específica, características clínicas y diagnóstico.....	61
6.2	Estilos parentales y fobia especifica	75

6.3	Evaluación de la fobia específica.....	79
6.4	Tratamiento o intervención psicológica cognitivo-conductual de la fobia específica y antecedentes empíricos.....	84
7.	Análisis del caso e Interpretación.....	92
8.	Discusiones y conclusiones	96
	Bibliografía.....	99
	Anexos	101
	Anexo 1. Cuestionario Evaluación Emocional.....	101
	Anexo 2. IBT Modificado para Niños – Noviembre 2015	108
	Anexo 3. IBT Modificado para niños – Abril 2016	111
	Anexo 4. Listado de síntomas y comportamientos de niños y adolescentes con trastornos psicológicos - Noviembre 2015.....	114
	Anexo 5. Listado de síntomas y comportamientos de niños y adolescentes con trastornos psicológicos - Abril 2016	119
	Anexo 6. Cuestionario EMBU-C para niños	120
	Anexo 7. Cuestionario EMBU-P para padres.....	121
	Anexo 8. Evaluación de fobias específicas – Noviembre 2015	122
	Anexo 8. Evaluación de fobias específicas – Abril 2016	126
	Anexo 9. Escala de Autoconcepto (Piers-Harris).....	130
	Anexo 10. Consentimiento Informado	133

Introducción

El presente Estudio de Caso Único es de un niño con 6 años de edad, con un diagnóstico principal de Fobia Específica a los payasos y la lluvia; en el cual se describe los cambios terapéuticos generados a través de una intervención cognitivo-conductual, teniendo en cuenta el reconocimiento y eficacia de dicho enfoque.

El estudio de caso único, tiene como propósito indagar la efectividad de las técnicas de intervención frente a la fobia específica, teniendo en cuenta las terapias de elección para el trastorno, las cuales son: exposición al estímulo fóbico, terapia cognitivo conductual, tratamiento farmacológico. Estas son las más reconocidas para una intervención, pero ni la combinación entre estos tratamientos, se compara con los resultados de la terapia cognitivo conductual, esto de acuerdo a lo mencionado por (Capafons J. I., 2001). De igual forma esta eficacia en el tratamiento se evidencia en este estudio de caso único.

Se reconoce que la fobia, tiene sus inicios como un miedo, la cual es una experiencia común para las personas, dado que es una conducta adaptativa frente a peligros reales (Marks, 1987). Cuando las sensaciones del miedo se generan en situaciones que no determina una amenaza real, no se reconoce como un miedo adaptativo, para este tipo de conducta lo reconocemos como fobia (Capafons J. I., 2001).

Teniendo en cuenta esta definición conocemos la raíz de la fobia específica, por lo cual para diagnosticarlo se debe tener en cuenta los criterios del DSM V, los cuales exponen

principalmente una ansiedad intensa ante una situación puntual, esta situación provoca un miedo inmediato, se evita activamente, la ansiedad que se manifiesta es desproporcionado a la situación, persiste más de 6 meses y ocasiona malestar en las diferentes áreas del paciente.

De acuerdo con (Bados Lopez, 2005) si una persona tiene una fobia especifica aumenta la posibilidad de generar otra fobia del mismo tipo o miedo intenso ante otra situación. El paciente que se describe presenta una fobia especifica de dos tipos: al entorno natural (fobia a las lluvias y cambios climáticos) y a otros (fobia a los payasos).

Como punto de partida se presenta el génesis de la fobia, “las fobias específicas pueden ser adquiridas: condicionamiento clásico, aprendizaje vicario y transmisión de información.” (Bados Lopez, 2005). De acuerdo a esto las fobias pueden tener sus inicios al tener una o más experiencias frente al estímulo, siguiendo la línea de sus orígenes, una fobia se puede adquirir al presenciar a otra persona teniendo experiencias de miedo frente a determinados estímulos. Finalmente un tercer modo de adquirir las fobias es por medio de la transmisión de la información, que puede ser a través de los padres o medios de comunicación.

Siguiendo otras perspectivas (Bados Lopez, 2005) también plantea otras formas de instaurar una fobia por medio de: asociación errónea, vulnerabilidad biológica y psicológica, susceptibilidad a la ansiedad. Para que una fobia favorezca su desarrollo se puede percibir una carencia de recursos que le permitan a la persona afrontar las situaciones temidas, entre más se perciba una sensación de que la situación puede superar, se potencializa una hipervigilancia ante el estímulo temido.

Intervención cognitivo conductual de un paciente con Fobia Especifica de 6 años

Mónica Andrea Pérez Rebellón

El presente estudio de caso, presentara la historia clínica completa de JC un niño de 6 años diagnosticado con Fobia Especifica, posteriormente se realiza una investigación sobre temas referentes a la Fobia tales como: Antecedentes, definición, características, evaluación, relación entre estilos parentales y desarrollo de fobia y finalmente que el que es uno de los objetivos principales la intervención. Teniendo en cuenta la investigación y el estudio de caso se realiza un análisis e interpretación del caso y para finalizar se presenta la discusión y conclusiones.

1. Justificación

De acuerdo al Estudio Nacional de Salud Mental- Colombia “Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la de mayor prevalencia” (José A. Posada-Villa, MD, Jenny P. Buitrago-Bonilla, TS, Yanithza MedinaBarreto,, 2006) Por lo cual se reconoce la importancia de su estudio, dado que ha estado en aumento, y debe ser atención primordial para los psicólogos y la academia, reconocer el tipo de intervención eficaz para este tipo de trastorno.

El tema de fobia, es discutido actualmente por su alto índice en la población mundial, así como lo expresan (José A. Posada-Villa, MD, Jenny P. Buitrago-Bonilla, TS, Yanithza MedinaBarreto,, 2006) “Dentro de los trastornos mentales abordados por el Estudio Nacional de Salud Mental ENSM y de mayor interés por el incremento en su prevalencia, se encuentran los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, agorafobia y estrés postraumático).” Teniendo en cuenta esta información se destaca la importancia que tiene abordar esta temática, puesto que la investigación sobre las fobias así como su prevalencia han ido en aumento, actualmente existen nuevos modelos teóricos, diversas técnicas de evaluación y tratamiento, donde se evidencia disminución de la ansiedad, conducta evitativa y consecuencias provocadas por la misma, por lo cual el ideal de estas investigaciones es permitir un alcance a las técnicas y sus eficacias.

De acuerdo a lo mencionado por (Bados Lopez, 2005) “Las fobias específicas tendieron a preceder a otros trastornos de ansiedad y afectivos”, por lo cual podemos denotar

la importancia que ha tenido el estudio de la misma, para reconocer su influencia con otros trastornos asociados, puesto que como se mencionó la fobia especifica puede desencadenar síntomas, rasgos o hasta otros trastornos, también se tiene en cuenta el tipo y cantidad de fobia especifica que presente, dado que las fobias situacionales tienen mayor probabilidad de desarrollar una comorbilidad, así como a mayor números de miedos.

Como se describió anteriormente, actualmente se conoce diversos tipos de intervención para el tratamiento de una fobia, de acuerdo a eso el presente estudio de caso único, busca reconocer los diferentes tipos de tratamiento, para así reconocer sus criterios y determinar la mejor elecciones, entre las diversas intervenciones podemos encontrar de otros modelos, y hasta del modelo que trabajamos que es el cognitivo conductual encontramos técnicas que pueden complementarse entre sí, por lo cual es de gran importancia conocer por medio de esta investigación una descripción de todo lo que abarca la intervención.

El estudio de caso único, espera ser una herramienta pedagógica para aquellos profesionales que están interesados en la intervención clínica cognitivo conductual, tener conceptos teóricos, antecedentes, descripción de técnicas más utilizadas y evidencia de resultados, para un crecimiento como profesionales, en cuanto a la temática de fobias especificas se reconoce que existe un vacio puesto que no existen muchos estudios que permita la descripción de técnicas para trabajar las fobias especificas en general, los estudios realizados están mas enfocados en la descripción de técnicas en determinadas fobias como lo son: arañas, alturas, fobia social entre otras, de acuerdo a este estudio de caso aporta para futuras investigaciones y ampliar ese panorama.

2. Área Problema

Para reconocer la importancia de la temática de fobias específicas, se expone cual es la realidad nacional e internacional de prevalencia frente a este trastorno, en los últimos años, pero antes hay que tener en cuenta que los estudios de fobias son muy bajos, puesto que pese a que es el diagnóstico más frecuente de los trastornos de ansiedad y es uno de los que más prevalencia tiene entre los trastornos de psicológicos, de acuerdo a lo mencionado por (Caballo, 2007), que de igual forma complementa afirmando que “A pesar de su prevalencia, todavía hay mucho que aprender sobre la naturaleza y el tratamiento de las fobias específicas”.

Teniendo en cuenta lo anterior en Colombia de acuerdo con El Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 (ENSM) se destaca que la Fobia específica es el trastorno que presenta mayor prevalencia de vida, de acuerdo a esto (José A. Posada-Villa, MD, Jenny P. Buitrago-Bonilla, TS, Yanithza MedinaBarreto., 2006) mencionan “Las edades de inicio de los trastornos específicos de ansiedad son las siguientes: la Fobia específica con mediana de 7 años, es el trastorno de ansiedad de aparición más temprana”, continuando con la edad de inicio (Bados Lopez, 2005) afirma las edades de acuerdo con la fobia específica las cuales son:

La edad de inicio es de 7-9 años para la fobia a los animales (Lipsitz y cols., 2002; Öst, 1987, 1992a), 8 para la fobia a las inyecciones (Öst, 1992a), 9 para la fobia a la sangre (Lipsitz y cols., 2002; Öst, 1987, 1992a), 12 para la fobia dental (Öst, 1987, 1992a), 12-13,5 para la fobia a las alturas (Lipsitz y cols., 2002; Marks,

1987/1991) (sin embargo, Hofmann, Lehman y Barlow, 1997, hallaron una edad media de inicio de 23 años para las fobias de tipo ambiente natural en las que predominaron los fóbicos a las alturas), 20 para la **claustrofobia** (Öst, 1987, 1992a) –y en general para las fobias de tipo situacional (Antony y Barlow, 1997; Lipsitz y cols., 2002)–, y 24,5 para la fobia a **conducir** (Lipsitz y cols., 2002).

Los estudios epidemiológicos en niños y adolescentes son limitados, teniendo como punto de partida los estudios realizados en adultos. Se ha partido del cálculo de que el 20% de niños y adolescentes sufren de algún trastorno mental a nivel mundial, de este 20% oscila entre un 4% y 6% la necesidad de una atención clínica de acuerdo a la gravedad del trastorno.

(Bados Lopez, 2005) presenta un estudio epidemiológico en Estados Unidos en la cual muestra que “la prevalencia mensual, anual y vital de las fobias específicas fue 5,5%, 9% y 11% respectivamente (2,3%, 4,4% y 6,7% en varones y 8,7%, 13,2% y 15,7% en mujeres respectivamente)” de igual forma presenta resultados en países europeos en la cual arroja las siguientes cifras “La prevalencia anual de las fobias específicas fue 3,5% (1,9% en varones y 5,0% en mujeres) y la vital, 7,7% (4,9% en varones y 10,3% en mujeres)”. Por lo cual se puede observar que en los países europeos la prevalencia es más baja. En el estudio realizado en Estados Unidos *National Comorbidity Survey* muestra la prevalencia de las fobias específicas “sangre/inyecciones/dentistas, 4,5%; tormentas, 2,9%; animales, 5,7%; alturas, 5,3%; espacios cerrados, 4,2%; volar, 3,5%; agua, 3,4%.”, estas cifras disminuyen en la adolescencia llegando al 1%.

El tratamiento de la fobia específica es uno de los que mejor responde, sin embargo (Caballo, 2007) presenta el siguiente problema:

Aunque los temores subclínicos en estudiantes universitarios han sido estudiados ampliamente por investigadores que tratan de comprender la naturaleza del miedo y los métodos para la reducción del mismo, pocos estudios han examinado la psicopatología y el tratamiento de fobias específicas en pacientes clínicos. Además, los estudios que se han realizado suelen centrarse en un rango relativamente restringido de fobias, el tamaño de la muestra es pequeño y no han explorado las diferencias en la respuesta al tratamiento de los tipos de fobia específica. Sin embargo, existen cada vez más pruebas de que las fobias específicas se encuentran entre los trastornos que mejor tratamiento tienen. La mayoría de los individuos con fobias a los animales, a la sangre y a las inyecciones es capaz de superar sus fobias en tan sólo una sesión de exposición sistemática a la situación temida (Öst, 1989).

Actualmente existen muchos tipos de tratamientos, tal como lo afirman (Graciela Bermúdez-Ornelas y Laura Hernández-Guzmán², 2008) “El tratamiento de las fobias específicas ha variado dependiendo del enfoque psicológico del que se trate. No obstante, la investigación sobre tratamientos validados empíricamente ha señalado a la terapia cognitivo-conductual como la más eficaz. De entre las técnicas apoyadas en datos de investigación que cumplen con los criterios de rigor metodológico (Chamove, 2007; Shearer, 2007; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995; Velting, Setzer y Albano, 2004)”

Una de las problemáticas por las cuales existe poca información es el porcentaje tan bajo de casos que se dan a conocer, así como lo menciona (Bados Lopez, 2005) afirma que La mayoría de los pacientes no buscan ayuda y entre los que lo hacen las fobias más frecuentes por las que consultan son: claustrofobia, SIH, intervenciones dentales y animales (Barlow, 1988); en niños y adolescentes, las fobias más frecuentes por las que consultan son la oscuridad, la escuela y los perros (Sandín y Chorot, 1995b). Los fóbicos específicos que buscan tratamiento difieren de los que no lo hacen en que es más probable que presenten múltiples fobias y ataques de pánico asociados a las mismas (Merckelbach y cols., 1996).

Uno de los tratamientos más reconocidos para fobia específica que existe es el de la exposición sistémica, pero al mismo tiempo más controversial, teniendo en cuenta los efectos en el proceso de la exposición, esto de acuerdo a lo afirmado por (Caballo, 2007) en el que cita: algunos estudios (Rachman, Craske, Tallman y Solyom, 1986) han mostrado que la exposición parece ser eficaz para reducir el temor especialmente a largo plazo, incluso cuando un individuo escapa de la situación antes de alcanzar el nivel máximo de ansiedad. Sin embargo, contrariamente a este hallazgo y consistente con la teoría de la extinción, numerosos estudios han mostrado que la exposición de larga duración es más eficaz para reducir el miedo que la exposición de duración más corta (Marks, 1987).

Existe un tratamiento farmacológico pero (Capafons B. J., 2001) describe que “Hasta la fecha existe muy poca investigación sobre el valor terapéutico de añadir la administración de fármacos a los tratamientos cognitivo-comportamentales al uso. La escasa evidencia existente parece indicar que la utilización de fármacos puede obstaculizar el efecto de la

exposición al interferir con el proceso de habituación necesario para que se produzca la eficacia terapéutica.”

Con relación a los estilos de crianza son pocos los estudios que se relaciona con el desarrollo de una fobia o respuestas ansiosas, y se realizó una por (Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez, 2014) en las cuales tuvieron dificultades y recomiendan continuar con esta temática “En general, la mayoría de las investigaciones sobre el ambiente familiar se centran en el estudio de la relación entre armonía marital y problemas externalizantes (Dadds y Powell, 1991), y rara vez abordan su asociación con alteraciones en variables internalizantes que el niño experimenta (ansiedad, miedos no evolutivos, etc.).”

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir los cambios terapéuticos generados en un paciente de 6 años con fobia específica, a partir de las estrategias de intervención del enfoque cognitivo conductual.

3.2 Objetivo específicos

- Establecer las principales estrategias de intervención cognitivo-conductuales para el abordaje de la fobia específica.
- Analizar la relación que existe entre los estilos parentales y desarrollo de una fobia específica.

4. Historia Clínica del paciente

4.1. Información de identificación

El paciente JC es un niño de 6 años, estudiante de primero de primaria, religión católica, vive con sus padres, abuelos maternos, dos tíos maternos y dos primos maternos.

4.2. Motivo de consulta

La madre y la abuela solicitan ayuda psicológica para el niño, manifestando que “tenemos una preocupación no podemos controlar sus pataletas, no quiere salir a ningún sitio ya sea con la familia o amigos, no le gusta ir a fiestas, en el colegio si se dirigen a la cancha empieza a llorar y se queda en el salón, no quiere ver televisión y cuando se le quiere obligar empieza a correr y a llorar, necesitamos poder controlarlo porque a veces perdemos el control y le puede pasar algo”

El niño manifiesta que “a mí no me gusta salir, no quiero que pase nada malo, quiero estar seguro”

En la sesión posterior a solas con el niño, se indaga su creencia de seguridad, el niño manifiesta un temor a la lluvia donde se desate una tormenta o algún desastre natural, por lo cual para él es más seguro no salir de la casa, ni estar en sitios abiertos, de igual manera manifiesta tener un miedo a los payasos por lo cual no le gusta ir a fiestas, no quiere ver a un payaso.

4.3. Descripción de la sintomatología

Las respuestas de ansiedad del paciente se manifiesta principalmente en la casa, pero presenta respuestas en situaciones donde puede sentirse amenazado frente a sus dos mayores temores las lluvias y payasos. Estas respuestas se dan en cuatro niveles: cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual.

Su *ansiedad intensa en situaciones específicas*, se evidencian en el momento que siente el olor de que va a llover, JC a nivel cognitivo suele decirse y pensar: “va a caer una tormenta, el viento se va a llevar mi casa y mi familia, y si se convierte en tornado, no estamos seguros en ninguna parte”, a nivel afectivo siente angustia y miedo intenso, fisiológicamente empieza a temblar, a tener palpitaciones aceleradas, hiperventilarse y sentir un ardor en el estómago, y conductualmente se manifiesta corriendo por toda la casa, gritando “mi familia, nos vamos a morir”. Para controlarlo, el padre le pega y castiga.

Cuando a JC lo invitan a una fiesta familiar, el paciente tiene manifestaciones cognitivo-verbales que son: “¿va a llegar un payaso?, ¿Dónde va a ser? Seguro llega un payaso y nos mata a todos, de pronto empieza a llover, no quiero ir, no me gusta las fiestas, siempre tiene que llegar el payaso, no entiendo porque a la gente le gusta”, afectivamente siente miedo y angustia, fisiológicamente empieza un ardor en el estómago, después de hacer el interrogatorio conductualmente se encierra en el cuarto y los padres deciden no ir a la fiesta.

En el colegio cuando van a celebrar el cumpleaños de algún compañero, donde normalmente se hace en la cancha central y no hay techo, JC cognitivamente empieza a hacerse las siguientes preguntas “como está el cielo, y si de repente empieza a llover, mejor le pregunto

a xxx si van a traer un payaso, me gusta la torta pero si va el payaso no quiero”, afectivamente le inicia un ansiedad controlable, fisiológicamente inician palpitaciones e hiperventilación, conductualmente se dirige al rincón y mira por la ventana la fiesta y el cielo, la profesora deja al niño solo en el salón para no obligarlo.

4.4. Historia del problema actual

La madre reporta que los miedos por el clima inician desde que era bebe, puesto que desde entonces presenta un sueño liviano, dado que con ruidos o la lluvia despierta inmediatamente, pero esto se asocia a que siempre ha dormido con su abuela que al igual que el presenta temor por los truenos y lluvia, aprendió que al llover era mejor esconderse para que no sucediera nada, con cada trueno la abuela gritaba al igual que el niño, se ocultaba con la sabana, el abuelo le mostro videos de tornados para enfrentarlo al miedo y fuera valiente, desde entonces el miedo se ha incrementado hasta tal punto de pensar que toda lluvia se puede convertir en un tornado. A la edad de 4 años, la madre manifiesta que hubo un día en el que llovió fuertemente y ella estaba en la calle con JC, cuando incremento la lluvia a ella le dio una angustia fuerte y dejo al niño en “un lugar seguro” mientras que ella buscaba una estrategia para movilizarse, en este momento cuando el niño queda solo, el observa como un árbol cae por la lluvia sobre un coche, y como la madre no volvía él tuvo temor de que le hubiera ocurrido algo. Actualmente la familia de JC vive en un barrio donde, se forman enfrentamientos constantes entre vecinos y empresas de servicio públicos, entre esos la luz, puesto que en tiempo de lluvia la luz se corta en el barrio y las personas suelen formar motines con llantas y enfrentamientos, por lo cual JC asocia la lluvia con estos enfrentamientos que

suceden cuando se va la luz, la familia cuando ocurre estas situaciones se sientan en la terraza observando lo que sucede y obligan a JC a sentarse para enfrentar el miedo, lo cual ha permitido que la fobia se mantenga e incrementa. La conducta de ansiedad se evidencia en las situaciones que se percibe que puede iniciar una lluvia, o cuando JC se siente que puede estar expuesto a un campo abierto por un tiempo prolongado.

El miedo a los payasos surge a los 5 años cuando el papa al ver que su hijo tenía episodios de angustia le reiteraba que él no podía ser una niña a tenerle miedo a todo y le mostro una película donde un payaso mataba a todas las personas “Miller Clown”, desde entonces imagina que todos los payasos van a sacar un martillo para matar a todos, no quiere verlos ni en fotos ni videos y teme que en alguna fiesta aparezca el payaso. Esta situación se reitera en las ocasiones donde lo invitan a una fiesta y el circo, puesto que afirma que en toda fiesta debe haber un payaso.

La familia de JC esperan un comportamiento menos ansioso, y su reacción frente a estas situaciones es ambivalente puesto que en ocasiones regañan, le pegan, en otras lo excluyen de la situación amenazante para JC y otras veces lo obligan a la exposición de su temor, de acuerdo a esto se puede observar unos estilos parentales inadecuados los cuales favorecen el desarrollo y mantenimiento de las fobias.

4.5. Historia personal

La madre relata que fue un embarazo planificado sin ningún riesgo, a los 7 meses mientras cargaba a su sobrina recién nacida se cayeron y por el susto de que algo le pudo pasar al bebe y a su sobrina fue incapacitada porque tenían que ver la evolución del golpe,

finalmente el pediatra comenta que todo el embarazo se llevó en orden, al nacer presento una infección en el ombligo por lo cual el niño estuvo internado. Su desarrollo motor inicio normal (camino y hablo al año), control de esfínteres al año, concilio el sueño hasta los 4 años, presenta un sueño medio, puesto que con cualquier ruido se levanta agitado, esto por ser una conducta modelada por su abuela con la que siempre ha dormido, quien es bastante ansiosa y en las noches tiene un sueño liviano.

JC es un niño que pese a los miedos por la lluvia y payasos, no presenta síntomas ansiosos, en otras ocasiones que no estén relacionadas con sus fobias, presenta buenas relaciones interpersonales e intrafamiliares, es alegre, extrovertido, empático y presenta un desarrollo acorde a los niños de su edad.

4.6. Historia familiar

Padre: Auxiliar de bodega. Actualmente 27 años. (Es un padre ausente afectivamente, autoritario, pensamientos machistas en cuanto a que un niño no debe tener miedo o llorar, pensamientos retardadores en cuanto al miedo puesto que se tienen que enfrentar)

Madre: Estudiante Sena. Actualmente 27 años (Madre sumisa a su esposo, sobreprotectora con el hijo)

Es hijo único de la relación, presenta dificultades en la relación con su padre, puesto que es la persona que más lo expone a sus temores, mostrando killer Clown y documentales de catástrofes naturales, para que enfrente sus miedos y sea valiente, por lo cual JC no ve a su padre como una figura protectora.

La madre expresa que el padre antes era más apegado, la distancia se ha presentado hace 3 años por el trabajo, y cuando esta con el niño lo regaña por su conducta ansiosa y le dice palabras ofensivas.

La madre afirma que comparte más tiempo con ella, reconoce que en ocasiones reacciona mal con el niño cuando se enfrenta a sus episodios de angustia.

No tiene hermanos pero tiene primos contemporáneos con él, la madre afirma que es el menor de los 3 y que los mayores lo molestan constantemente y se burlan de él. En la casa viven 11 personas (ambos padres, ambos abuelos maternos, dos tías maternas con sus esposos y dos primos) con las cuales el solo encuentra apoyo en la abuela, quien cuando el presenta estas situaciones de miedo es quien logra calmarlo aunque ha sido quien más ha modelado las reacciones.

En la familia reconocen el temor de JC como una conducta inmadura, por lo cual no encuentra apoyo por parte de ellos, a tal punto de sugerir en el colegio que JC debería estar en curso menor para no “desentonar” con los otros niños de su edad. Constantemente la familia observa películas de violencia, miedo y catástrofes naturales, JC prefiere estar en su cuarto y no relacionarse con su familia

4.7. Historia socioafectiva

Presenta buenas relaciones con sus pares, afirma que le gusta jugar y la madre de igual manera dice que es un niño que comparte mucho en el barrio, no ha logrado salir a jugar cuando llueve o hace un clima similar, no asiste a fiestas de sus compañeros y amigos.

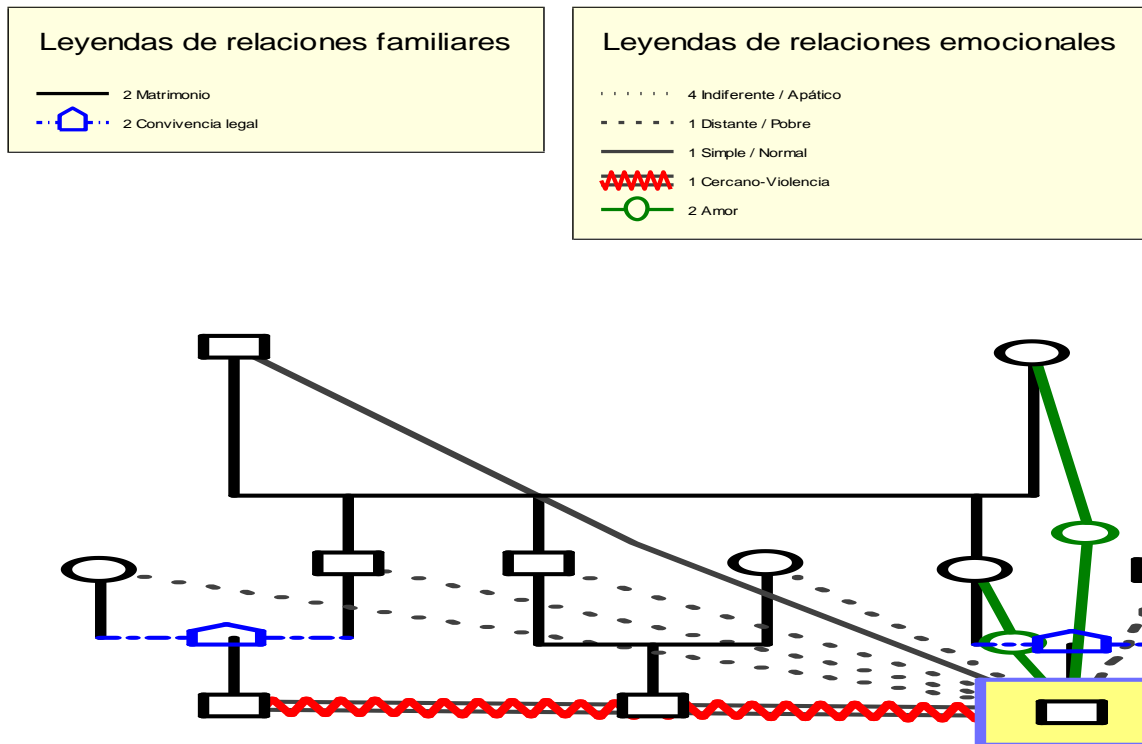
Mientras JC perciba una situación segura el comparte, juega y se relaciona positivamente, pero el hecho de no asistir a fiestas o jugar bajo la lluvia ha presentado situaciones de rechazo y burla, sin alterar sus relaciones.

JC realiza una lista de más de 10 amigos con los cuales se relaciona de manera positiva, no comenta ninguna situación negativa, solo afirma que en ocasiones ellos no entienden porque no asiste a sus cumpleaños, diciendo que ellos no saben el peligro al cual están expuestos.

4.8. Historia académica

Inicio el jardín a los 3 años, presenta un buen rendimiento y buenas relaciones con sus compañeros, los profesores en las reuniones destacan aspectos positivos como su atención y organización, resaltan de igual forma sus miedos en las ocasiones que ha llovido o han hecho fiestas en el colegio.

Con la propuesta que hicieron los familiares de regresarlo un nivel por “su inmadurez”, la profesora se niega y demuestra que JC está en todas las capacidades para seguir avanzando de cursos, dado que sus temores no han interferido con su rendimiento. Actualmente se encuentra en segundo de primaria con un buen rendimiento académico.



4.10. Procesos de Evaluación

Áreas evaluadas	Instrumentos utilizados
Distorsiones cognitivas, ideas irracionales y esquemas	<ul style="list-style-type: none"> • IBT – Modificado para niños • Escala de Autoconcepto (Piers-Harris)
Afectividad y Conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica con madre y paciente • Listado de síntomas y comportamientos de niños y adolescentes con desórdenes psicológicos. • Cuestionario evaluación emocional • Observación directa (Consultorio) • Cuestionario de miedos infantiles-revisado (FSSC-R)
Relacional	<ul style="list-style-type: none"> • EMBU – C • EMBU – P

*Las pruebas aplicadas para niños fue suministrada por la Psicóloga, teniendo en cuenta el nivel de lecto-escritura del paciente.

Tabla 1. Áreas evaluadas e instrumentos utilizados

4.11. Resumen de evaluación y resultados

- Entrevista clínica con madre y paciente

En la entrevista con la madre, la madre expresa que siente que no puede controlar a su hijo y que no entiende lo que el niño quiere expresar, afirma sentir desesperación cuando JC demuestra su ansiedad, normalmente reacciona con gritos para intentar bajarle la ansiedad, confirma la exposición que ha tenido JC frente a las situaciones amenazantes por parte de los familiares, afirma que por parte de ella y de la abuela le han modelado conductas ansiosas en situaciones amenazantes.

En la entrevista con JC expresa que el temor hacia la lluvia se debe a que, cuando esta situación se presenta piensa que la lluvia puede convertirse en una tormenta y provocar una catástrofe natural que puede destruir su casa, lastimar a su familia y acabarse el mundo. Al indagar de donde surge este pensamiento JC refiere la situación vivida con su mama donde vio como un árbol cayó sobre un carro y llego a pensar en un accidente con ella, adicionalmente afirma que en la casa el abuelo y el papa ven documentales de catástrofes naturales por lo cual tiene un pensamiento sobre estas situaciones de tornados, tsunamis y huracanes. Con respecto al temor de los payasos, al inicio JC refería un miedo general a los payasos de fiestas de cumpleaños, pero al indagar sobre las características de un payaso, menciona que su temor está determinado porque los payasos tienen cara de maldad y en sus manos siempre tiene elementos como un martillo, sierras y cuchillos, debido a que el padre mira la película “Miller Clown” y en continuas ocasiones lo obligaba a verla.

- Observación directa

En los primeros encuentros con JC, se muestra poco colaborativo en las actividades relacionadas con sus miedos, puesto que se muestra tímido y reacio al momento de exponer sus miedos, en mayor grado sobre los payasos, puesto que no describía como era su temor, solo expresaba que era en fiestas que tenía temor, poco a poco se avanzó en la descripción del payaso. Sobre la lluvia mencionaba el temor a los truenos y se describió finalmente el evento desencadenante y situaciones que lo mantienen.

Actualmente participa en las actividades, expresa que su temor ha disminuido dibuja, conversa y actúa las situaciones relacionada con la fobia, se muestra entusiasmado con eventos fuera del consultorio que antes no podía asistir por su temor.

- Cuestionario evaluación emocional

De acuerdo con el cuestionario emocional aplicado a los padres, describen la relación de pareja con dialogo, comprensión y amor, manifiesta que la mama es más afectiva que el padre, ambos lo regañan y expresa que el papa tiene poca paciencia con el paciente, se relaciona positivamente con sus pares, normalmente se le castiga, regaña, en ocasiones se le pega y hay poca comunicación sobre asuntos personales de JC, la madre afirma que ambos padres son estrictos. Se afirma que a JC le afecta presenciar un vendaval y enfrentamientos en el barrio, sus mayores temores son la oscuridad, tempestad, lugares abiertos y fiestas, manifiestan que sus respuestas de ansiedad son retorcerse las manos y pérdida de apetito, no muestra comportamientos depresivos.

- Listado de síntomas y comportamientos de niños y adolescentes con desórdenes psicológicos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el check list de síntomas y comportamientos realizado a los padres y por el terapeuta, se evidencia el desconocimiento de términos y síntomas por parte de los padres puesto que en la primera ocasión señalaron que JC presentaba ansiedad generalizada, fobias específicas y síntomas que se desarrollaban bajo las situaciones de fobia como falla de escucha, correr exageradamente, no compartir con otra gente, impulsivo y entre otras. Después de haber tenido las sesiones con los padres en donde se realizó una psi coeducación sobre las fobias y una aplicación posterior no señalaron los síntomas de otras alteraciones comportamentales y señalaron únicamente ansiedad generalizada, puesto que al observar como JC controla los síntomas de sus fobias para ellos se ha reducido a una ansiedad.

- IBT modificado para niños (Noviembre 2015 / Abril 2016)

Para la interpretación de resultados del IBT se tiene en cuenta los puntajes que están por encima de la media, lo cual indica presencia de idea irracional en el paciente, por lo cual se observa que en Noviembre 2015 existía la presencia de reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional, ansiedad por preocupación, dependencia e influencia en el pasado, lo cual podemos relacionar con los síntomas desarrollados por la fobia de sentirse incapaz de controlar los miedos en presencia de situaciones percibidas como amenazas por eventos vividos. En Abril 2016 desaparecen de acuerdo a la puntuación la mayoría de las ideas irracionales, prevalece la influencia del pasado y aparece el perfeccionismo, las cuales actualmente JC le ha dado importancia dado que pese a que logra estabilizar sus síntomas de fobia frente a los eventos, tiene presente los sucesos vividos pero al mismo tiempo se exige disminuir las reacciones por lo cual se ha vuelto tan perfeccionista de no permitir recaer.

Intervención cognitivo conductual de un paciente con Fobia Especifica de 6 años

Mónica Andrea Pérez Rebellón

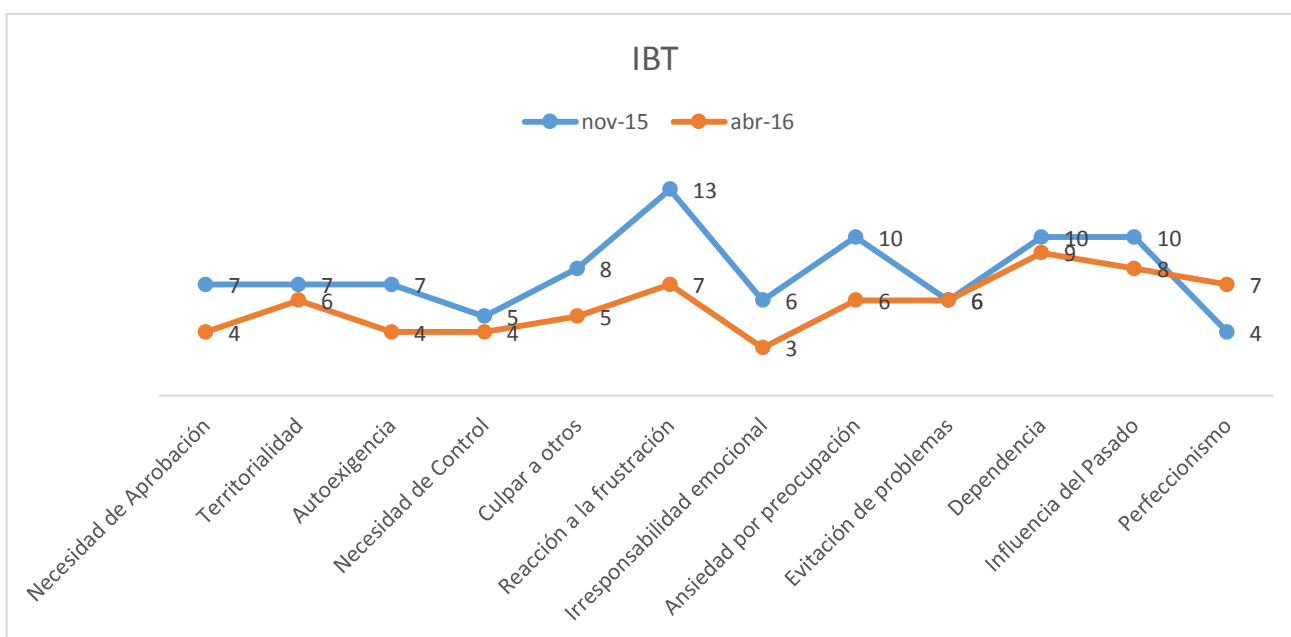
IDEA	LÍMITE INFERIOR	MEDIA	LÍMITE SUPERIOR	nov-15	abr-16
Necesidad de Aprobación	7.3	7.8	8.3	7	4
Territorialidad	10.3	10.7	11.1	7	6
Autoexigencia	7.9	8.3	8.7	7	4
Necesidad de Control	6.7	7.1	7.5	5	4
Culpar a otros	8.3	8.6	9.0	8	5
Reacción a la frustración	9.6	10.0	10.4	13	7
Irresponsabilidad emocional	5.0	5.3	5.6	6	3
Ansiedad por preocupación	8.3	8.7	9.1	10	6
Evitación de problemas	6.5	6.9	7.3	6	6
Dependencia	8.6	9.0	9.4	10	9
Influencia del Pasado	6.5	6.9	7.3	10	8

Intervención cognitivo conductual de un paciente con Fobia Especifica de 6 años

Mónica Andrea Pérez Rebellón

Perfeccionismo	6.2	6.3	6.8	4	7
----------------	-----	-----	-----	---	---

Tabla 2. Resultados IBT modificado para niños (Noviembre 2015 / Abril 2016)



Grafica 1. Resultados IBT modificado para niños (Noviembre 2015 / Abril 2016)

- Autoconcepto (PIERS - HARRIS)

De acuerdo con los resultados obtenidos, el autoconcepto global de JC tiene por debajo al 10% de los sujetos de su nivel y el 90% estaría por encima, de manera específica vamos a revisar las escalas.

Autoconcepto conductual: Es una de las escalas más altas por lo cual JC, tiene la percepción de portarse de forma apropiada en diferentes tipos de situaciones.

Autoconcepto intelectual: Es la escala más altas por lo cual JC, tiene la percepción de competencia en situaciones escolares o en situaciones en las que se aprenden cosas nuevas.

Autoconcepto físico: Su puntuación en relación con las demás está en un nivel medio por lo cual JC a su percepción de apariencia y competencia física le da un grado de importancia neutral.

Falta de ansiedad: Su puntuación es de las más bajas por lo cual se le dificulta a JC la percepción de ausencia de problemas de tipo emocional.

Autoconcepto social o popularidad: Su puntuación en relación con las demás está en un nivel medio por lo cual JC a su percepción del éxito en las relaciones con los otros le da un grado de importancia neutral.

Felicidad-satisfacción: Es la puntuación más baja por ende JC, no presenta un grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales.

DIMENSIONES	CODIGO	P.D.	P.C.
Conductual	C	11	15

Intelectual	I	15	50
<i>Físico</i>	F	8	20
Ansiedad	A	5	5
Popularidad	P	6	10
Felicidad – satisfacción	FS	4	5
Autoconcepto Global	AG	49	10

Tabla 3. Resultados Escala de Autoconcepto (Piers- Harris)

- EMBU P

De acuerdo con los resultados obtenido en el cuestionario para padres, se destaca conductas agresivas como por ejemplo el castigo, el regaño, tratarlo injustamente, no escucharlo etc; por otro lado lo describen como un niño que sabe interactuar que juega activamente y maneja ciertos miedos que cambian su estado de ánimo.

- EMBU C

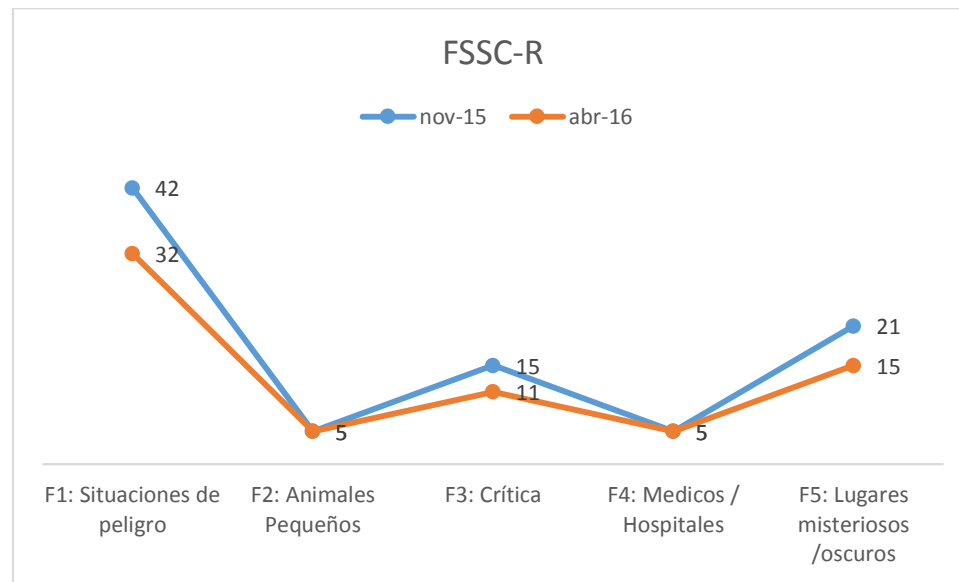
De acuerdo con los resultados JC describe a sus padres con estilos autoritarios, pero cercanos, por lo cual se siente valorado reconociendo que su comportamiento puede traer consecuencias positivas como negativas.

- Cuestionario de miedos infantiles – revisados (FSSC-R) Noviembre – Abril

De acuerdo con los resultados se puede observar que en la primera aplicación JC presenta dos factores de miedo las cuales son situaciones de peligro y lugares misteriosos / oscuros, los cuales están relacionados con ítems como: catástrofes naturales, lugares extraños, muerte, oscuridad y cosas misteriosos. En la aplicación de Abril estas dos siguen siendo las que más puntúan pero disminuyeron sus grados.

Factores	nov-15	abr-16
F1: Situaciones de peligro	42	32
F2: Animales Pequeños	5	5
F3: Crítica	15	11
F4: Médicos / Hospitales	5	5
F5: Lugares misteriosos /oscuros	21	15

Tabla 4. Cuestionario de miedos infantiles – revisados (FSSC-R) Noviembre – Abril



Grafica 2. Cuestionario de miedos infantiles – revisados (FSSC-R) Noviembre –
Abril

4.12. Conceptualización diagnóstica y diferencial

Diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM V con una presentación de evaluación multiaxial.

Eje I: 300.29 Fobia especifica (F40.228) Entorno natural (F40.298) Otra

Eje II: No reporta

Eje III:

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (distanciamiento con el padre y estilos parentales negativos)

Eje V: 71-80 Actual

Diagnóstico diferencial:

Diagnóstico Actual: Fobia especifica	Diagnóstico diferencial
No se presenta una preocupación intensa y permanente, la ansiedad se genera frente al objeto y situación o evitación de los mismos.	Ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesiva (Anticipación aprensiva) relacionada con diversos sucesos, dificultad para controlar preocupación.
No se desarrolla por un suceso traumático	Trastorno de estrés postraumático: aparece después de un evento estresante. Además aparecen síntomas característicos como re-experimentación, empobrecimiento afectivo o estado de hiperactividad continuo.
Se evitan menos situaciones y se tiene claro cuáles son los eventos desencadenantes	Agorafobia: Crisis de angustia que llevan a la evitación de múltiples situaciones, además una ansiedad permanente.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial

4.13. Conceptualización cognitiva

Nombre del Paciente __J.C. Fecha: Mayo de 2016

Diagnóstico: 300.29 Fobia específica (F40.228) Entorno natural (F40.298) Otra
Durante los últimos 6 meses.

Datos relevantes de la infancia

Madre y paciente vivenciaron una tormenta, donde la madre reacciona con ataque de pánico.

Abuela ansiosa frente cambios climáticos

Paciente obligado a ver películas de terror

Aspecto Conductual	Aspecto Cognitivo	Aspecto Emocional	Aspecto Fisiológico
No asiste a fiestas familiares ni de amigos	“Seguro empieza a llover” “Mínimo llevan un payaso”	Miedo	Ardor estomacal
Corre en la casa cuando empieza a llover	“Va a formarse una tormenta” “Y si se lleva mi casa”	Angustia	Palpitaciones, temblor corporal

Tabla 6. Conceptualización cognitiva

4.14. Formulación clínica del caso

Al finalizar el proceso de evaluación y conceptualización cognitiva de JC, se ha diagnosticado con un cuadro clínico principal de fobia específica. En la historia del paciente se destacan diversos factores que permitieron el desarrollo del diagnóstico.

La fobia específica es un miedo intenso a situaciones u objetos específicos, este miedo en JC se expresa con llanto y rabietas, está asociado a eventos en los cuales se encuentre expuesto a lluvias que él percibe que se puede convertir en una catástrofe natural y su segundo temor está relacionado con los payasos por lo cual no asiste a fiestas o reuniones para evitar tener un encuentro con un payaso que llegue a animar la situación, en este punto es un payaso específico que tiene en su mano un martillo con el cual puede matar a todas las personas, como se puede observar los miedos de JC, son desproporcionados al peligro real, por lo cual el paciente evita, resiste activamente y esta conducta es persistente, lo que ha desencadenado deterioro familiar y social, puesto que en su casa se desarrollan comparaciones con dos primos contemporáneos, burlas, insultos, castigos y exposiciones forzadas a sus temores por parte de su padre y abuelo, con sus amigos se presenta el deterioro al momento de aislarse por no ir a los cumpleaños, sus pares en algunas ocasiones se molestan con JC por esta conducta. Lo anterior permite reconocer los criterios cumplidos por JC para el diagnóstico de una fobia específica en el DSM V.

Para la fobia específica no se ha establecido una causa determinada, por lo cual se tiene en cuenta un condicionamiento vicario que de acuerdo a lo mencionado por (Caballo, Aparicio y Catena, 1995) el cual es un reforzamiento aprendido al observar a otros por la

transmisión de información, de igual forma se relaciona con experiencias repetidas productoras del temor, el modelado puede determinarse como uno de los inicios para instaurar una fobia. Estas causas de fobia se pueden establecer en el paciente iniciando por el modelado puesto que las respuestas de ansiedad, miedo intenso y evitación a la lluvia son características de la abuela con la que comparte desde sus primeros días, de igual forma vivió una experiencia donde una lluvia se convirtió en tormenta y en repetidas ocasiones el abuelo lo obliga a ver documentales de catástrofes naturales para enfrentar su miedo, esto por parte de su fobia al clima, la fobia a los payasos se relaciona con un evento en el cual el padre al percibir que su hijo tenía estas respuestas de miedo intenso por la lluvia no quería que fuera un cobarde por lo cual lo expone a películas de miedo y una de esas se trataba de un payaso que mata a las personas por lo cual el asocio todas las fiestas con este tipo de payasos.

Los miedos por la lluvia se asocian a catástrofes naturales que ha observado en los documentales del abuelo, por lo cual JC al oler que se acerca una lluvia, ver por la ventana que esta serenando, o ver las nubes oscuras asocia que puede ocurrir una tormenta y en consecuencia una catástrofe como tornado y huracanes, en las fobias específicas se evidencia como principales síntomas las respuestas adquiridas por las asociaciones creadas por lo antes mencionado, esto se asemeja a la fobia con los payasos puesto que al ver el payaso en la película de terror asocio que todos los payasos que animan una fiesta pueden convertirse en asesinos.

El condicionamiento clásico a la ansiedad facilitó el desarrollo de la fobia específica puesto que por parte de su historia personal se evidencia la conducta de evitación por parte

de la abuela, el ambiente del barrio que forman motines cuando llueve y se va la luz lo que produce en algunos miembros de la familia la evitación y en otros conductas retadoras lo que permite que entre ellos se formen burlas frente a los miedos, e hicieron vulnerable a JC por las valoraciones negativas por parte de los demás tanto así que desarrollaron que el temor se incrementara.

Los estilos parentales han fomentado el desarrollo de las fobias puesto que en la familia se presentan respuestas de ansiedad ambivalente por una parte son retadoras y por otra son evitativas, lo que ha permitido que JC sea expuesto constantemente a eventos en los que percibe que son amenazantes dado que se le facilita la asociación con situaciones de su vida cotidiana y adicionalmente han modelado las respuestas frente a estos eventos.

De acuerdo con lo anterior se tienen claros los objetivos a trabajar en la intervención los cuales apuntan a la extinción de las respuestas fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas que produce las fobias para lo cual se tiene en cuenta la restructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, y la psicoeducación no solo para el paciente sino acompañado con sus familiares puesto que debe comprenderse que son, como manejarlas y mitos de la fobia para que en casa se brinde el apoyo, acompañado a esto se identifica un objetivo para la interacción con pares puesto que se ha visto debilitado por las fobias.

4.15. Objetivos terapéuticos y plan o diseño de intervención

4.1.5.1 Objetivo general 1. Disminuir respuesta fisiológica, cognitiva y conductual del miedo.

Área problemática: Cognitiva

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Explicación sobre la fobia específica en la reducción de mitos y falsos conceptos. Al paciente.	Uso de psi coeducación (mitos, concepto, tipo, curso, situaciones, etc.).	1-2
Cambiar las creencias irracionales referidas a catástrofes naturales y payasos.	Técnica del gran asustador	8-10

Área problemática: Conductual

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Superar la evitación de ir a lugares abiertos y fiestas infantiles.	Exposición graduada: se realiza una jerarquía de las situaciones temidas, así como ensayos en la consulta; se analizan	11-13

sus expectativas de los logros y el
contenido de sus miedos.

Exposición *in vivo*.

Área problemática: Fisiológica

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Disminución de las reacciones físicas del miedo.	Entrenamiento en Relajación Muscular de Koeppen.	3-4

Tabla 7. Plan de intervención Objetivo 1

4.1.5.2 Objetivo general 2. Fomentar estilos parentales acorde al paciente

Área problemática: Cognitiva

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Explicación sobre la fobia específica en la reducción de concepto, tipo, curso, situaciones, mitos y falsos conceptos. A los padres	Uso de psicoeducación (mitos, etc.).	5-7
Cambiar las creencias irracionales del miedo	Reestructuración cognitiva, por medio del debate socrático	5-7

valiente es quien enfrenta los
miedos” “Es un gallina o niña si
tiene miedos”) y enfrentamiento
al mismo por parte de los padres

Área problemática: Conductual

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Modificar estilos parentales para JC.	Modelamiento Rol Play	5-7

Tabla 8. Plan de intervención Objetivo 2

4.1.5.2 Objetivo general 3. Fortalecer auto esquemas

Área problemática: Cognitiva

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Debatir y discutir atribuciones erróneas en el paciente: “soy un miedoso”.	Reestructuración cognitiva de atribuciones erróneas y autocontrol.	14

Tabla 9. Plan de intervención Objetivo 3

4.1.5.2 Objetivo general 4. Prevención de recaídas y seguimiento

Área problemática: Cognitiva

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
<p>Establecer pautas que permitan al paciente y a los familiares tener un control practico de situaciones donde se puedan presentar respuestas similares a la fobia</p>	<p>Psicoeducación: pautas educativas a padres y paciente, solución de problemas prácticos cotidianos de la casa y futuras recaídas.</p>	14
<p>Reconocer las situaciones que pueden producir fobia</p>	<p>Visualización: reconocer futuras fobias o respuestas de miedo que se puedan presentar.</p>	15

4.16. Curso del tratamiento

Sesiones	Descripción	Observaciones
1-2	Psicoeducación de la fobia (mitos, concepto, tipo, curso, situaciones, etc.) con JC.	JC identifico los momentos donde se dan las respuestas ante los miedos y aquellos síntomas.

3-4	Relajación Muscular de Koeppen	En la primera sesión se enseñó la técnica, y el repetirla. Se había citado a los padres pero no asistieron a la sesión por lo cual se trabajó, en la segunda JC y el terapeuta la hicieron juntos para finalizar el hacerla solo.
5-7	Identificación de esquemas en los padres. Psicoeducación de la fobia (mitos, concepto, tipo, curso, situaciones, etc.) con padres. Modelamiento Rol Play.	Se necesitó una sesión más, porque el padre al inicio estaba resistente y no se avanzó mucho y en la última se alcanzó el objetivo al encontrarse más interesado y quería trabajar más a fondo El padre al inicio estaba resistente frente a la intervención, durante el debate socrático, se hizo consciente sus pensamientos, comprendieron todo lo referente con las fobias y practicaron positivamente los modelos de crianza positivos.

8-9	El gran asustador: el concepto de ansiedad de Barlow, el cuestionamiento de los pensamientos automáticos de ansiedad, la utilización de las imágenes emotivas, las autoinstrucciones y el enfrentamiento a las situaciones temidas.	JC avanza a la terapia, se observa más tranquilo al hablar sobre sus temores. Se hizo uso de menos sesiones porque el paciente con la primeras sesiones de psicoeducacion trabajo más eficazmente.
10	Revisión de estrategias e identificación de pensamientos	JC avanza con las asociaciones, llegan a consulta indicando que jugo bajo la lluvia lo que significa un avance en la intervención
11-13	Exposición graduada y relajación: se construyó con la paciente en el contexto clínico una jerarquía de situaciones sociales más temida ella. Se practicaron las situaciones temidas en el contexto clínico Exposición <i>in vivo</i> .	En casa se comprometieron con el apoyo de la exposición graduada en cuanto al payaso, comenzando por dibujar, pintar, ver videos e ir al circo donde supero su fobia.
14	Reestructuración cognitiva de atribuciones erróneas y autocontrol.	JC reconoce que el miedo no es señal de debilidad y representa por sí

			mismo la técnica de relajación a través de títeres.
14-15	Psicoeducación: pautas educativas a padres y paciente, solución de problemas prácticos cotidianos de la casa.	Como la psicoeducacion y modificación de ideas erróneas con JC avanza rápido, se logró adelantar una sesión para iniciar prevención de recaídas.	
	Aplicación de EMBU-C y P	Se dieron pautas educativas y alternativas de solución para los padres y a JC.	

Tabla 10. Curso del tratamiento: sesiones

5. Apartes de las sesiones

5.1. Sesión No. Evaluación

Objetivo: Identificación de fobias

Duración de la sesión: 45 minutos

Avance previo: En la sesión 3 se inició el proceso de identificación de fobias, JC se enfocó en su miedo a las lluvias y alcanzo a expresar el evento traumático y los documentales del abuelo por lo cual se identificó que la fobia es asociada a las catástrofes naturales, con su temor a los payasos no permitió que se hablara de ningún payaso y se veía resistente a describir algo sobre este miedo.

Apartes de la intervención

T: JC, te acuerdas lo que hablamos hace 8 días?

JC: mmm sí, creo

T: Dime sobre que hablamos

JC: Jugamos con el que alumbraba

T: Si, jugamos con él, y de que hablábamos mientras jugamos, recuerdas?

JC: mmm, de la lluvia?

T: Si, muy bien y que hablamos de ella?

JC: De que yo pensé que a mi mama le había caído un árbol por un vendaval que hubo y que había visto como una tormenta destruía las casas.

T: Y que por eso a ti no te gusta que llueva

JC: Aja

T: Y te dije que eso que viste eran documentales que habían pasado y que tú has visto como llueve y no pasaba nada de lo que muestran en los documentales y lo de tu mama no le paso nada, fue algo que pensamos pero está bien contigo

JC: Si

T: Bueno, me alegra que lo recuerdas, también intentamos hablar sobre otra cosita que a ti te da miedo

JC: Si, pero no

T: No qué?

JC: No voy hablar de los payasos, vamos a jugar

T: Si es que vamos a jugar, para hoy te traje un súper juego vamos hacer rompecabezas, ¿te gusta?

JC: Siiiiiii

T: Que bueno porque este rompecabezas los hice yo para vos

JC: Y de qué son?

T: Son de cosas que le gustan a los niños como de juguetes, carros, globos, pastel, helados, ¿te gusta los helados?

JC: Siiiiii el de choco cono

T: Perfecto ese fue el que te hice para hacer el rompecabezas

JC: Listo comencemos

(...) Se iniciaron los rompecabezas de juguetes de acción, carros, globos, helados, pasteles en los cuales afirmaba que todos lo que armaba le gustaba, hasta que empezó armar el de un payaso.

JC: De que es este?

T: No me acuerdo, pero vamos armarlo para ver

JC: Se ve raro, parece una persona porque tiene ojos y orejas, pero las otras partes son raras

T: Raras como qué?

JC: Pues no sé, aun no lo terminamos

T: Ya sabes que es?

JC: Creo que es un payaso, te dije que no me gustaba

T: Si, pero mira este payaso es bonito, tiene una cara de que esta alegre, ¿No te parece?

JC: Pues sí, pero es payaso, además no le veo las manos, solo la cara

T: Que pasa con la cara? Este payaso te gusta?

JC: No, no me gusta no quiero ver ningún payaso, no le puedo ver las manos, todos los payasos tienen la cara alegre, pero no sabes lo que pasa en las manos (desarma el rompecabezas)

T: Bien comprendo, vamos a guardar este y vamos armar otro, te parece?

JC: Si mejor

T: Mira este creo que es un parque

(...) Empieza armar otros rompecabezas

T: JC me puedes contar que tienen los payasos en las manos, que yo no sé para tenerlo en cuenta cuando los vea

JC: No sé, es algo muy malo no es como decírtelo

Observa en el consultorio y ve unos materiales de un disfraz de construcción

JC: Mira esto es lo que puede tener (Muestra un serrucho)

T: Ah el payaso va a construir algo?

JC: No, ellos matan

T: SI? Y tú has visto alguno que tenga el serrucho o algo parecido

JC: Si, y mata mucha gente, no solo con eso sino con otras cosas como un martillo grande

T: Y donde lo viste?

JC: En la televisión

T: Con quien lo viste

JC: Con mi papa, pero ten cuidado cuando veas un payaso, mírale siempre las manos para que no te maten.

T: Listo, voy a miraras, vamos a seguir jugando (Se detuvo el interrogatorio, porque se vio a JC ponerse ansioso)

(...) Al finalizar la sesión se habló con la madre sobre este payaso, y la mama afirma que es la película favorita de su esposo pero que no sabía que el niño la había visto con él.

5.2. Sesión No 1.

Objetivo: Explicación a la madre de los hallazgos sobre la fobia especifica que presenta JC y el tratamiento a seguir.

Duración de la sesión: 45 minutos

Avance previo: En las sesiones de la 3-6 se trabajó con JC el proceso de identificación de fobias y evaluación de las mismas, donde se confirman las fobias por climas y payasos, de los cuales sus familiares no habían identificado el origen ni lo que ocasionaba las reacciones de miedo.

Apartes de la intervención

(...) Se hace un breve saludo, se menciona la evaluación que se realizó y los descubrimientos del mismo.

T: Sabía usted que JC pensó que usted había desaparecido después de la caída de un árbol en un centro comercial.

M: No, yo si pensé que eso le había afectado pero creí que fue más por dejarlo solo y me había demorado, pero no sabía que había presenciado la caída del árbol y mucho menos que pensaba que me había pasado algo, porque apenas volví el me abrazo y lloraba pero no decía nada, yo lo deje pasar.

T: Bueno esa situación permitió que la fobia a los climas se fortaleciera, de igual forma los documentales que ve con el abuelo de catástrofes naturales, sabía de estos documentales?

M: Si, al inicio me pareció fuerte para el niño, pero después mi papa me explico el fin con el que lo hacía y tenía lógica, no pensé que era tan fuerte, es más yo nunca lo he visto, y por lo mismo cuando se forman motines aunque me duela verlo llorar dejo que mi papa y esposo cojan al niño a ver el enfrentamiento porque me parece que aunque sea difícil poco a poco se tiene que dar cuenta que las cosas suceden y no se debe reaccionar llorando o corriendo.

T: Comprendo y por lo mismo el padre le muestra las películas de miedo?

M: Eso si no lo sabía, él me decía que iba a ver una película con el niño y yo me acostaba a dormir, pero nunca supe que le mostraba

T: Bueno una de las películas de miedo que le mostro es Miller Clown, que trata de un payaso que termina asesinando a todas las personas, por lo cual JC asocio que todos los payasos pueden ser asesinos y por esta misma razón no quiere asistir a las fiestas, no es que tenga miedo de relacionarse o de salir sino que no quiere estar con un payaso.

M: No sabía la verdad que él estaba viendo eso, pobrecito (Queda impresionada y toma silencio por un tiempo)

T: Tiene alguna idea de porque el papa le ha mostrado este tipo de películas

M: No sé, pienso que puede ser porque como JC normalmente llora y hace rabietas cuando llueve y muestra que tiene miedo, el papa es poco paciente con él, y normalmente lo regaña, le grita que él tiene que ser valiente, que no sea una niña, pienso que tiene la misma idea que mi papa que enfrentándolo a cosas feas el niño sea más valiente.

T: Esas son una de las situaciones que quiero trabajar con la familia, cambiar esas creencias y modificar la forma en la que nos comportamos con JC, porque el necesita apoyo, ser escuchado y recibir explicaciones. Usted cree que es posible que al menos el papa venga a una cita para conversar con el sobre las fobias y cómo manejarlo?

M: Pues le queda complicado pero yo hago lo posible, si no le trasmito todo

T: Bueno hay que hacer lo posible porque es el bienestar de JC, y necesitamos que toda la familia conozca esos pequeños cambios que debemos hacer para que todo esté mejor.

M: Si claro

T: Bueno ahora sí, de acuerdo a los hallazgos de la evaluación, me he planteado unos objetivos para trabajar primeramente con JC en la extinción de sus fobias y sus respuestas a los miedos, como segundo trabajar con usted y su esposo para fortalecer los modelos de crianza que JC necesita y finalmente trabajar con JC sobre su autoconcepto puesto que puede que él se perciba como miedoso, poco valiente e inmaduro por las situaciones y comentarios que ha tenido. Esta de acuerdo?

M: Si claro, todo lo que tengamos que hacer para que JC esté bien y feliz.

(...) Se realizó el compromiso con la intervención, se explicó el plan de intervención.

5.3. Sesión No. 2

Objetivo: Explicación sobre la fobia específica a los padres.

Duración de la sesión: 45 minutos

Avance previo: En las sesiones anteriores se trabajó con JC el proceso de identificación de fobias y evaluación de las mismas.

Apartes de la intervención

(...) Se saluda a JC y se pregunta qué ha pasado en las 2 semanas que no se han visto puesto que la sesión pasada asistió fue la madre.

T: JC me puedes decir para ti que son las fobias?

JC: No sé, algo en lo que me enfoco?

T: De donde se te viene esa definición?

JC: En realidad no sé pero como inicia fo de foco de enfócate (Hace una sonrisa)

T: Muy bien, si es algo en lo que te enfocas pero que no te gusta, algo específico que no te agrada ni ver ni vivir, te suena parecido a algo que hayas vivido?

JC: Algo que no me guste ver, puede ser los payasos?

T: Si muy bien, eres muy inteligente, los payasos son una de las cosas que no te gusta ver y que otras cosas no te gustan?

JC: Que empiece a llover no me gusta vivirlo como dijiste

T: Muy bien, bueno esa lluvia y los payasos para ti serían fobias, porque son situaciones o cosas que no te gustan mucho porque genera en ti muchos sentimientos que no nos gusta, y hace que hagamos cosas que tampoco nos gusta, me puedes decir que sentimientos y acciones provocan las fobias para ti?

JC: Ok, si la lluvia y los payasos para mí son fobias, ellas hacen que me de miedo, que me den ganas de gritar y correr

T: Entiendo que más sientes?

JC: Me da como un dolor aquí (se señala la boca del estómago), me empiezan a temblar las manos y pies, quiero salir corriendo.

T: Bien, pues eso que te da quería comentarte que son normales que sintamos cuando algo nos da miedo.

JC: Que sintamos?, a ti también te pasa?

T: Si, mira te voy a mencionar otras cosas que podemos sentir para ver si a vos también te pasa ok?

T: Da como un pequeño dolor de cabeza, empiezas a sudar, sientes que respiras más rápido, sientes el corazón a mil, que te tiembla todo, puedes sentir o mucho calor o mucho frio, sientes que te ahogas y un dolor en el pecho, esas maripositas en el estómago, sientes como mareo. Te suena?

(JC afirma con la cabeza en todas las afirmaciones)

JC: Siiii todo eso pasa, algunas más que otras, como sabias?

T: Bueno porque estas son reacciones normales cuando nos toca enfrentarnos a nuestras fobias es decir a las cosas que no nos gusta.

JC: Segura que es normal, porque mi papa dice que es de gallinas y niñas tener miedo.

T: Si, mira que te pude describir casi todo lo que tú sientes porque es algo común, no algo que este bien o que queramos estar viviendo pero si son reacciones normales, a ti te gustaría controlar eso que sientes.

JC: Si, porque no quiero tener miedo, no quiero que me digan miedoso, gallina o que lloro como niña.

T: Bueno para eso tu estas viniendo, para que juntos trabajemos esos miedos y cada vez más puedas superarlos positivamente.

T: Entonces para continuar me puedes decir que has aprendido hoy?

JC: Pues que lo que a mí me da susto, se llama fobia? (T asiente con la cabeza) si, fobia y que cuando vemos eso que nos da miedo siempre ha provocado unas sensaciones que no me gustan pero son normales de las fobias y que vamos a tratar de que eso ya no me de susto.

5.4. Sesión No 6.

Objetivo: Identificación de esquemas en los padres.

Duración de la sesión: 45 minutos

Avance previo: En las sesiones pasadas se trabajó la psicoeducación con JC y relajación, la cual tenía que poner en práctica todos los días en la casa, enfrentara o no el miedo.

Apartes de la intervención

(...) Se presenta el padre por lo que no había asistido anteriores citas, se le realiza la explicación de todo el proceso que se lleva con JC y el modelo utilizado, se observa la participación que ha tenido con las tareas para la casa, pero inicia la sesión reservado y a la defensiva.

T: Como ha sido la relación con JC?

P: La verdad es que yo trabajo mucho por eso no le dedico tiempo, porque los fines de semana quiero es descansar, porque a mí solo me dan los domingos, ahora me toco pedir permiso para venir, entonces yo casi no puedo compartir con él.

T: Y ese poco tiempo que esta con él, que actividades hacen?

P: Pues no mucho, la pasamos en la casa, y cuando él está tranquilo vemos televisión, yo sé que me va a regañar porque ya mi mujer lo hizo por mostrarle las películas al niño, pero es que así me criaron a mí.

T: Tranquilo yo no lo voy a regañar no tengo porque, solo quería saber qué tipo de actividades compartía con JC, y como así que así lo criaron a usted?

P: Si, a mí me enseñaron a ser verraco desde siempre, yo nunca le tuve miedo a nada, mi papa siempre me enseño que a lo que se le teme se le enfrenta, por eso me gustaría que mi hijo fuera así, me preocupa que los primos sean más maduros que él.

T: A qué se refiere con maduros?

P: Que no andan llorando ni gritando por todas las cosas que son hombres desde pequeños. En cambio JC llora si llueve, si se va la luz, si hay enfrentamiento, si vamos a salir a una fiesta o reunión.

T: Si los primos de JC para usted son hombres desde pequeños, JC que seria.

P: Pues a veces se las tira de gallina, parece niña llorando, por eso también es que no puedo compartir tanto con él porque siempre está así y me toca regañarlo.

T: Es decir que para usted una persona que tiene miedo es una niña, gallina?

P: Pues si lo dice así suena feo pero si más o menos

T: Más o menos cómo?

P: Pues es menos valiente, yo no quiero que JC sea así y se gane la burla de otros (Se queda callado, baja la cabeza y se le ponen los ojos rojos)

T: JC necesita su apoyo y lo necesita a usted para que estas situaciones mejoren, por eso necesitamos trabajar para que en la casa cambien algunas cosas y su compromiso, que comprendamos que son las fobias y cómo manejarlas.

(...) P se compromete con el tratamiento, queda receptivo el resto de la consulta y asiste a las otras sesiones.

5.5. Sesión No 21.

Objetivo: Reestructuración cognitiva de atribuciones erróneas y autocontrol

Duración de la sesión: 45 minutos

Avance previo: Se observa la mejoría de JC frente a las exposiciones lo que indica una extinción de la fobia, reconoce en que momentos puede ocurrir y como controlarla.

Apartes de la intervención

T: JC como te fue esta semana

JC: Súper bien, imagínate que fui al circo, mira me tome la foto con los payasos, eran muchos.

T: Que bien, sales muy lindo, y como te sentiste

JC: Me divertí mucho, son muy graciosos

T: Que bueno y hubo algún momento en el que te dio miedo o alguno de los síntomas que hemos hablado

JC: MMM, pues si al comienzo antes de salir de la casa.

T: Cuéntame que paso

JC: Pues mi tía dijo que nos iba a llevar al circo, y me pregunto si yo quería, y solo le pregunte que si iban haber payasos y me dijo que si, en un momento sentí que el corazón se me acelero y empecé a respirar un poco más rápido.

T: Y entonces que hiciste

JC: Le dije que me esperara un momento, que quería hacer mi relajación y mis primos me acompañaron hacerla, la hice y nos fuimos.

T: Y algún pensamiento se te paso por la cabeza

JC: Pues solo me puse a pensar son payasos que divierten, es un circo es para niños debe ser bueno, los payasos malos están en películas y es ficción, y ya me calme.

T: Me alegra mucho JC, viste como superaste tu miedo.

JC: Si, tú crees que soy valiente

T: Tu qué piensas que eres?

JC: Pues sí, ya fui donde el payaso, antes no podía.

T: Y ahora como te describirías

JC: Soy un niño valiente, porque aunque hay cosas que me dan miedo, soy capaz de reconocerlos y manejarlos, por ejemplo los truenos me asustan cuando escucho el ruido pero me digo a mi mismo que hace parte de la lluvia que todo va a estar bien y ya, hasta ayudo a mi abuela que a veces se asusta.

T: Muy bien, y antes como te hubieras descrito

JC: Pues si me creía lo que me decían aunque lo negara que era un llorón, una gallina y un miedoso, pero eso porque no sabía que era normal que me dieran miedo algunas cosas, solo tenía que aprender a controlarlas.

(...) Se hace una actividad con los títeres donde se muestra la relajación y situaciones que eran fóbicas para JC.

6. Marco teórico

Para fines de este estudio de caso, la temática central de fobia específica se ha subdividido en varios tópicos con el fin de presentar un orden sistemático que permita una comprensión clara de lo abordado.

En general, la presentación temática contendrá inicialmente un breve recorrido de los antecedentes históricos, la definición conceptual, características clínicas y diagnóstico de la fobia específica, seguidamente se describe la relación entre los estilos parentales en el desarrollo de una fobia específica; de la misma manera se esbozarán aspectos relevantes de la evaluación y finalmente se hará hincapié en las estrategias de intervención desde un modelo cognitivo-conductual de la fobia específica y algunos antecedentes empíricos.

6.1 Antecedentes históricos, definición conceptual de la fobia específica, características clínicas y diagnóstico.

Primeramente es importante realizar una diferenciación entre miedos y ansiedad, dado que normalmente son conceptos intercambiables, tal como lo va a diferenciar (Rosa M. Valiente; Bonifacio Sandin; Paloma Chort, 2003) “La ansiedad suele definirse como «una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo simpático (sudoración, aceleración de la frecuencia cardíaca y respiratoria, temblor, etc.). La ansiedad posee la característica particular de ser de naturaleza anticipatoria.” Mientras que el miedo es “es equivalente al de ansiedad, pero difiere de esta porque la reacción no es difusa, puesto que ocurre como respuesta a un estímulo concreto, real o imaginario (Marks, 1969).” Del

mismo modo se menciona unas características del miedo que no posee la ansiedad las cuales son: “ (1) que el miedo se desvanezca al desaparecer el objeto o situación amenazante (p.ej., por escape o evitación), o (2) que tenga un comienzo y un final claramente delimitado en el espacio y en el tiempo (asociados a la aparición y desaparición del estímulo).”

Continuando con esta descripción de definiciones es importante distinguir miedos y fobias las cuales (Rosa M. Valiente; Bonifacio Sandin; Paloma Chort, 2003) cita estas características “La diferencia entre el miedo y la fobia es esencialmente de tipo cuantitativo (Taylor, 1998). El miedo puede consistir en una respuesta normal, razonable y apropiada ante un peligro potencial. La fobia, en cambio, puede definirse como un miedo extremo, y por tanto implica una consideración clínica del miedo (Sandín, 1999a).” Al igual que menciona la conceptualización establecida por Marks (1969) de las características que tienen las fobias.

1. Son miedos intensos y desproporcionados con respecto al peligro real de la situación; durante edades no infantiles la persona suele ser consciente de que el miedo es excesivo.
2. Las reacciones de miedo son irracionales (no pueden ser explicadas ni razonadas). Los argumentos lógicos suelen ser irrelevantes (p.ej., el hecho de explicar al individuo el carácter inocuo de la situación no suele ser efectivo para reducir el miedo). En edades no infantiles, la persona suele ser consciente de que las respuestas de miedo son irracionales.
3. Las respuestas de miedo no pueden ser controladas voluntariamente. Los esfuerzos de la persona para vencer el miedo suelen ser inefectivos.

4. El miedo conduce a la evitación de la situación temida. Esta es una característica típica de las fobias. La persona evita la situación amenazante o escapa si inesperadamente se encuentra ante ella. En ocasiones se tolera la situación pero experimentando un elevado nivel de miedo y malestar.

Las fobias específicas son de los trastornos más comunes en la niñez, por lo cual se reconoce lo afirmado por (Bermúdez-Ornelas, Graciela; Hernández-Guzmán, Laura, 2008) “los niños experimentan miedos, siendo su mayoría transitorios, de intensidad leve y específicos de la edad. Los miedos infantiles se consideran respuestas normales del organismo que permiten el afrontamiento.”.

(Capafons J. I., 2001) Afirma que un miedo adaptativo es un “conjunto de sensaciones que se ponen en marcha como respuesta normal ante peligros reales (Marks, 1987)” de este proceso de respuesta normal ante ciertas situaciones reales, se pueden presentar respuestas ante amenazas no reales y deja de ser adaptativo de ahí se deriva una fobia. De esta manera (Capafons J. I., 2001) menciona que entre las fobias se “distingue entre tres grupos:

Fobias simples, específicas o focales; fobias sociales, y agorafobia.”. Siguiendo las clasificaciones de la fobia (Vallejo Ruiloba, 2011) cita a Marks en 1969 donde hace mención de tres grupos básicos que son la agorafobia, fobia social y fobia específica, de esta manera entre las dos clasificaciones podemos determinar la fobia específica como un trastorno de importancia.

(Caballo, 2007) Cita la definición de fobias específicas de acuerdo al DSM- IV como “temor acusado y persistente que es desencadenado por la presencia o anticipación de un

objeto o situación específicos.”. Actualmente el DSM –V define la fobia específica como un miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica. De acuerdo la definición se modificar al pasar de un temor a un miedo o ansiedad, dando a entender que las respuestas ante las situación amenazantes son mayores.

La fobia específica, genera una respuesta de ansiedad casi inmediatamente, puede llegar a ser un ataque de pánico de acuerdo a lo descrito por (Bados Lopez, 2005), de la misma forma (Caballo, 2007) menciona que el “ El individuo debe reconocer que el miedo es excesivo o poco razonable, tiene que estar asociado con un malestar subjetivo o un deterioro funcional y normalmente se acompaña por una inmediata respuesta de ansiedad y la evitación del objeto o situación temidos”. Por lo cual queda claro que los síntomas que genera la fobia se reconocen y pueden incrementar dependiendo del temor, (Bados Lopez, 2005) especifica que en los niños la fobia específica se puede generar por medio de “lloros, rabietas, inmovilidad o aferrarse a otra persona. Los adultos, pero no necesariamente los niños, reconocen que su miedo es excesivo o irracional.”. Pese a esta afirmación (Bados Lopez, 2005) cita a (Antony y Barlow, 2002) donde mencionan que “El criterio de que la persona debe reconocer que su miedo es excesivo o irracional ha sido puesto en entredicho. Este criterio fue pensado para distinguir las fobias de los miedos delirantes. Sin embargo, hay un número significativo de personas que cumplen el resto de criterios para la fobia específica, pero que tienen poca conciencia de lo excesivo de sus miedos, aunque sus creencias no alcanzan el grado de delirio”

La evitación o ansiedad intensa son producidas por la exposición a la situación temida, por lo cual estos son los principales síntomas presentados en una fobia específica de acuerdo a lo mencionado por (Caballo, 2007), (Bados Lopez, 2005) por su parte menciona que “Las situaciones fóbicas son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos. La evitación, anticipación ansiosa o malestar en las situaciones fóbicas interfieren marcadamente en la rutina normal de la persona o en sus actividades laborales, académicas o sociales, o existe un malestar intenso por tener la fobia.”

Teniendo en cuenta que la fobia específica es un miedo o ansiedad intensa ante situaciones u objetos específicos, en el DSM-V se ha mantenido la clasificación dependiendo del estímulo fóbico, que se tenía en cuenta en el DSM-IV y (Bados Lopez, 2005) lo explica de una manera precisa:

Animal. El miedo es causado por uno o más tipos de animales. Los animales más temidos son las serpientes, arañas, insectos, gatos, ratas, ratones y pájaros (Antony y Barlow, 1997)

- Ambiente natural. El miedo es provocado por situaciones naturales: tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad.

- Sangre/inyecciones/heridas (SIH). El miedo es inducido por la visión de sangre/heridas, por recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasoras, por la realización de un análisis de sangre y/o ver o hablar de intervenciones quirúrgicas. También se han incluido en este apartado el miedo a los hospitales, ambientes médicos y dentales, instrumental médico y olores de medicinas,

aunque no está claro si constituyen una subtipología. Estos fóbicos no temen la visión de su sangre menstrual o la manipulación de carnes rojas.

- Situacional. El miedo es inducido por situaciones específicas tales como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, coches (conducir o viajar), lugares cerrados.

- Otro tipo. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos. Se incluyen situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad (cáncer, SIDA); la fobia a los espacios (miedo a caerse si no se está cerca de paredes o de medios de sujeción); y los miedos de los niños a los ruidos fuertes y a las personas disfrazadas.

Frente a esta clasificación se (Bados Lopez, 2005) menciona una pequeña inconformidad sobre clasificar las fobias específicas, al afirmar que “No está clara ni la utilidad ni la validez de esta clasificación, especialmente por lo que se refiere a las categorías de ambiente natural, situacional y otro tipo. Además, no siempre es fácil asignar una fobia a uno u otro tipo (¿es la fobia a los puentes una fobia situacional o una fobia a las alturas?, ¿es la fobia a los dentistas un ejemplo de fobia a la SIH o una fobia del tipo residual?).” a lo que de la misma manera, hace mención de las afirmaciones de investigadores reconocidos en el tema de las fobias “Lipsitz y cols. (2002) se han preguntado hasta qué punto son homogéneas las fobias pertenecientes a un tipo dado. Es posible que el DSM-IV presente como similares dentro de cada tipo fobias (p.ej., alturas y tormentas, arañas y perros, espacios cerrados y conducir) que son distintas una de otra. Finalmente, podría ser más informativo decir

simplemente a qué se tiene fobia que referirse al tipo general a que pertenece (Antony y Barlow, 2002).”

Las fobias específicas tienden a aumentar la probabilidad de que tener otra fobia sobre todo del mismo tipo, de acuerdo a (Bados Lopez, 2005), de igual manera reconoce que “tener una fobia específica del tipo que sea también aumenta la probabilidad de tener miedos (no necesariamente fóbicos) de uno o más de los otros tipos. (Hofmann, Lehman y Barlow (1997))”

Las características clínicas en la fobia específica no necesariamente se comparten, dado que existe un gran número de ellas, para esto se realiza una distinción entre la edad, tipo de comienzo, sexo, respuesta fisiológica, experiencia emocional, síntomas físicos, aspectos externos de la situación, la presencia de ataques de pánico, antecedentes familiares, curso y tipo de tratamiento, esto de acuerdo a lo mencionado por (Lipsitz y cols., 2002; Menzies, 1996; Merckelbach y cols., 1996; Sosa y Capafons, 1995) citado por (Bados Lopez, 2005), por esta misma razón realiza una muestra de los síntomas en la clasificación de las fobias:

Los fóbicos a los animales temen especialmente a los movimientos de cierto tipo o tipos de animales (perros, pájaros, serpientes, arañas, gatos, insectos voladores), sobre todo si son repentinos; también temen en los animales su apariencia física, los sonidos que emiten y sus propiedades táctiles. Curiosamente, muchos no creen que el animal les hará daño, sino que piensan que se aterrorizarán, perderán el control, harán el ridículo, se harán daño al intentar escapar o tendrán, incluso, un

ataque cardíaco. En el caso de animales pequeños (roedores, insectos, arañas, serpientes) aparece tanto una reacción de miedo (al centrarse en un peligro percibido) como una sensación de asco o repugnancia. Aunque los datos son discordantes, la primera reacción parece ser la que predomina.

- En las fobias del tipo ambiente natural los pacientes temen sobretodo sufrir un daño (Lipsitz y cols., 2002). Las personas con fobia a las alturas pueden temer también el mareo.

- Los fóbicos a la sangre pueden temer el desmayo, perder el control, tener un ataque de pánico, el azoramiento o ridículo y un posible daño. Es también común la aprensión sobre las sensaciones físicas experimentadas (mareo, náuseas) y la sensación de asco o repugnancia; esta emoción parece ser más dominante que la de miedo. Los fóbicos a la sangre se caracterizan por una susceptibilidad específica al asco (centrada en sus estímulos fóbicos), aunque por el momento sólo hay un apoyo parcial a que se caractericen también por una susceptibilidad generalizada al asco (centrada en estímulos no relacionados con la fobia tales como ciertos animales, alimentos podridos, productos corporales, olores) (Koch y cols., 2002). Por otra parte, como se explica más adelante, Page (1994) ha distinguido tres tipos de fobias a la sangre según se caractericen por la respuesta de miedo, desmayo o ambas.

- Los fóbicos dentales temen en especial la aguja de inyección y el taladro, y responden tensando los músculos más que con náuseas. La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor. La fobia dental suele estar asociada a la fobia a la

SIH y no son raros los casos de desmayo. No es tampoco rara, aunque no es exclusiva de la fobia dental, la hipersensibilidad al reflejo de ahogo, la cual aparece sobretodo en varones. El ahogo se produce al introducir objetos en la boca o presionar en la garganta, lo que impide la intervención médica. En casos graves, los estímulos que provocan el ahogo se amplían: oír, oler o pensar sobre el dentista o estímulos relacionados, lavarse los dientes, abrocharse el cuello de la camisa, llevar cuellos altos, ser tocado en la boca o en la cara.

- Las fobias situacionales pueden presentarse tanto solas como formando parte del cuadro agorafóbico y algunos las han considerado, especialmente a la claustrofobia, como una forma moderada de este último trastorno. Los claustrofóbicos pueden presentar no sólo miedo a asfixiarse (por insuficiencia de aire, por bloqueo del acceso de aire o por una disfunción psicofisiológica) o a la restricción (no poder moverse, no poder salir de un sitio), sino también a volverse locos, perder el control o tener un ataque de pánico.

- Los fóbicos a conducir pueden informar miedo a tener un accidente, quedar heridos, quedar atrapados en un atasco, atropellar a alguien, ser objeto del enfado o crítica de otros conductores, tener un ataque de pánico o un infarto o desmayarse (Antony y Barlow, 1997).

- Los fóbicos a volar en avión pueden temer uno o más de los siguientes aspectos: posibilidad de accidente (y, por tanto, de daño y muerte), estar encerrado en un sitio pequeño, inestabilidad del avión (y sensaciones molestas asociadas), altura, no tener

el control, perder el control (gritar, volverse loco, desmayarse, sufrir un infarto), tener un ataque de pánico y "montar un número" en público.

- En las fobias esfintéricas Marks (1987/1991) ha distinguido dos tipos de problemas. Algunas personas sienten miedo o le es imposible orinar y/o defecar cuando hay otras personas cerca o hay alguien esperando fuera o creen que alguien puede acudir; esto es considerado por la mayoría no una fobia específica sino un tipo de fobia social, aunque esta situación temida parece no estar relacionada con otras situaciones temidas en la fobia social. Otros fóbicos tienen que orinar y/o defecar con excesiva frecuencia fuera de casa y evitan los lugares en los que no sea fácil ir al lavabo por temor a mojarse o ensuciarse encima. Las fobias sobre la micción son más frecuentes que sobre la defecación.

De manera general se reconoce que en la fobia específica se presenta una activación autónoma, activando el sistema nervioso simpático, por lo cual (Bados Lopez, 2005) menciona: taquicardia, palpitaciones, aumento de la presión sanguínea, respiración acelerada, sudoración, menor actividad gastrointestinal. En contraste, la emoción de asco está asociada a activación parasimpática: desaceleración cardiovascular, disminución de la temperatura de la piel, boca seca, náuseas, dolor o malestar en el estómago e incluso mareo.

Antony, Brown y Barlow (1997), han realizado una investigación que distingue la edad de inicio del miedo y la de la fobia en la cual (Bados Lopez, 2005) menciona animales (11 y 20), sangre/inyecciones (8 y 14,5), conducir (25,5 y 32) y alturas (20,5 y 34). En promedio, pasaron 9 años entre el comienzo del miedo y el de la fobia. Se reconoce que las

fobias más comunes son: claustrofobia, SIH, intervenciones dentales y animales (Barlow, 1988); en niños y adolescentes, las fobias más frecuentes por las que consultan son la oscuridad, la escuela y los perros (Sandín y Chorot, 1995b)

Para la fobia específica es importante reconocer que en relación con otras fobias, no presentan un porcentaje alto de compartir comorbilidad, así como lo afirma (Bados Lopez, 2005) “A diferencia de otras fobias y trastornos de ansiedad, los problemas psicopatológicos (p.ej., ansiedad generalizada, depresión) asociados con las fobias específicas, consideradas como diagnóstico principal, son menos frecuentes.”

Para el inicio de una fobia específica se proponen tres tipos que pueden estar asociados y no excluirse entre sí, como lo son el condicionamiento clásico, aprendizaje vicario y transmisión de información, conforme a lo citado por (Bados Lopez, 2005). Teniendo en cuenta esta afirmación el condicionamiento clásico se puede presentar si una persona tiene una o más experiencias negativas que están directamente relacionadas con el estímulo fóbico, lo que da mayor probabilidad de desarrollar una fobia específica, (Bados Lopez, 2005) afirma que “La gravedad y frecuencia de estas experiencias negativas (...), el menor número de experiencias seguras previas con los estímulos potencialmente fóbicos (menor inhibición latente) y una exposición poco frecuente a la situación tras la experiencia negativa son variables importantes en el desarrollo de la fobia específica.”

La preparación biológica es una de las explicaciones que manifiesta como los estímulos adquieren una probabilidad lógica, la cual consisten que tiene más facilidad adquirir un miedo, a esas situaciones o estímulos que filogenéticamente son una amenaza a

la supervivencia de la especie, esta teoría es manejada por Fernández y Luciano (1992), los cuales a su vez mencionan que si no se especifica claramente cuál es la base biológica de la preparación, este concepto resulta circular, ya que se infiere de aquello que pretende explicar (selectividad de las situaciones temidas). Para ello (Bados Lopez, 2005) complementa afirmando que “Una alternativa es considerar que la selectividad de las situaciones fóbicas puede explicarse, al menos en parte, mediante factores ontogenéticos tales como variables socioculturales (connotaciones negativas que tienen ciertos estímulos), experiencias pasadas de las personas con las situaciones fóbicas y expectativas y creencias sobre covariaciones entre acontecimientos.”. (Craske, Antony y Barlow, 1997) adicionalmente afirman que para que esta teoría de la preparación biológica, es preciso que el estímulo fóbico y una experiencia aversiva ya sea directa o indirecta se asocie, y es más fácil adquirir el miedo si la expectativa de peligro cuadra con el tipo de experiencia.

Por otra parte Menzies y Clarke (1995a) en contraste afirman la teoría de la explicación no asociativa la cual expone que “mantiene que, dados ciertos procesos madurativos y experiencias normales de desarrollo, existen muchos estímulos evolutivamente prepotentes que generan miedo en la mayoría de las personas al primer encuentro sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo, ya sea directo o indirecto (vicario, transmisión de información)” esto citado por (Bados Lopez, 2005), donde de igual forma menciona que si hay exposiciones repetidas y que no sean traumáticas, esto puede debilitar la respuesta de miedo.

Tal como se mencionó anteriormente el segundo modo adquisitivo de la fobia específica es el aprendizaje vicario, la cual consiste en “la persona puede haber visto a otros, en vivo o filmados, tener experiencias negativas o mostrar miedo en las situaciones potencialmente fóbicas.” (Bados Lopez, 2005). El tercer modo es la transmisión de información, la cual está relacionada con avisos y prevenciones de los papas en cuanto a aquellos animales o situaciones amenazantes, también podemos ver las noticias por los medios de comunicación de eventos traumáticos, cabe especificar que este modo es el menos significativo para la adquisición de una fobia. (Bados Lopez, 2005) Complementa los modos adquisitivos planteando que “es más probable que se genere un miedo intenso o una fobia cuando se combinan dos o más de ellos”, adicionalmente (Davey, de Jong y Tallis, 1993) denominan la inflación o reevaluación de un estímulo, puesto que lo relacionan por ejemplo con un accidente en carro que puede desarrollar un miedo a conducir, pero si posteriormente alguien cercano muere en un accidente, puede llevar a fortalecer y aumentar el miedo.

El proceso de asociación errónea es propuesto por Barlow (1988, 2002), el cual se explica teniendo en cuenta las experiencias de falsas alarmas, si se experimenta pánico, ansiedad, en situaciones no peligrosas especialmente si son temidas porque son predisuestas biológicamente o socialmente pasan a desarrollar el miedo.

Continuando con la línea de otras maneras de adquirir las fobias específicas sin los tres modos mencionados anteriormente (Bados Lopez, 2005) propone que “la interacción de dichas experiencias o reacciones de alarma con otras condiciones (vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica), de modo que la persona aprende a responder con miedo y

ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos y desarrolla una aprensión o expectativa ansiosa a encontrarse con la situación fóbica y a experimentar las respuestas condicionadas de miedo.”, a lo que explica que “La vulnerabilidad biológica consiste en una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada.” Y “la vulnerabilidad psicológica, puede definirse como la sensación de que las situaciones amenazantes y/o las reacciones a las mismas son impredecibles y/o incontrolables basada en la experiencia pasada”. Continuando esta línea se cita a Sandín (1997) cuando menciona la “susceptibilidad a la ansiedad (miedo a los síntomas de la ansiedad basado en creencias de que estos síntomas tienen consecuencias nocivas tales como enfermedad física o mental, pérdida de control, azoramiento o ansiedad adicional).”

Actualmente para diagnosticar una Fobia especifica se debe tener en cuenta los siguientes criterios de acuerdo con el (DSM-5, 2013)

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

6.2 Estilos parentales y fobia específica

Primeramente es importante comprender que tal como lo describe (Penelo Werner, 2009) “Son numerosos los aspectos que pueden influir en el comportamiento de los progenitores hacia sus hijos, afectando a la crianza infantil: las características de personalidad del padre y/o la madre, la presencia de psicopatología, el nivel educativo, las dificultades económicas, la inestabilidad familiar, etc. También determinadas actitudes paternas disfuncionales pueden influir negativamente en los hijos”. Por tal motivo se tiene en cuenta

la relación entre la crianza o estilos parentales y el desarrollo de una psicopatología como lo menciona (Castro, 2005) al considerar que algunos patrones educativos pueden ser factores de riesgo en desarrollar trastornos específicos, tanto en su inicio o mantenimiento. De igual forma (Penelo Werner, 2009) cita “Perris (1988) ha propuesto un modelo teórico multifactorial que explicaría el mecanismo por el cual una crianza disfuncional se traduce en la aparición de trastornos psiquiátricos. El efecto no se debería a una variable aislada, ni al efecto aditivo de varios factores, sino a la interacción de variables culturales, biológicas, sociales y psicológicas en el desarrollo de la susceptibilidad individual a manifestaciones psicopatológicas.”

(Jimenez, 2009) Nos describe diferentes prácticas educativas en los adultos a lo largo de la historia “desde mediados del siglo XX, se reconocían dos variables distintas en

Las prácticas educativas de los adultos. En un principio, se hablaba de “Dominio/Sumisión” y “Control/Rechazo”. A finales de los setenta, pasan a denominarse “Intentos de Control”, que serían los intentos del progenitor por dirigir la acción de su hijo de una manera deseable para los adultos, y “Apoyo Parental”, que es la actitud de los padres que hace que el niño se sienta cómodo en su presencia y que se sienta aceptado como persona. Son diversos los autores que explican la interacción familiar desde estas dos dimensiones.”

Por otra parte (Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez, 2014) mencionan estudios de Baumrind en los cuales se determinan “tres estilos fundamentales: “autoritativo o autorizado”, “autoritario” y “permisivo”, cuyos hijos presentaban una serie de características diferenciales en su desarrollo”. De igual forma citan

a Maccoby y Martin (1983) en las cuales actualizaron estos estilos permitiendo así facilitar las investigaciones puesto que “propusieron dos dimensiones para medir el estilo educativo parental (Afecto/comunicación; es decir, el tono emocional de la interacción o “responsiveness” y Control/exigencia o “demandingness”). Al combinar ambas variables surgen los estilos de crianza parental.”

Con relación a las respuestas de ansiedad (Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez, 2014) mencionan “los hijos de padres autoritativos y autoritarios, mostraban menores niveles de ansiedad que los hijos de padres negligentes (Steinberg, Blatt-Eisengart y Cauffman, 2006).” Al igual que “la calidad del ambiente familiar y la presencia de ansiedad en niños y adolescentes (Jadue, 2003), de forma que un Ambiente familiar disfuncional (con conflictos maritales, sobreprotección, autoritarismo, apego hostil, escasez de afecto y percepción negativa de la crianza), genera un clima propicio Para el desarrollo de ansiedad en el niño, siendo ésta una problemática que afecta al desarrollo del proceso de aprendizaje (Newcomb, Mineka, Zinbarg y Griffith, 2007).”

Teniendo en cuenta el estudio de caso (Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez, 2014) menciona situaciones similares a las que presenta JC la cual es “la presencia de ansiedad en los progenitores como variable mediadora en el desarrollo de ansiedad en los hijos (Messer y Beidel, 1994; Vera, Grubits y Rodríguez, 2007; Waters, Zimmer-Gembeck y Farrell, 2012). Factores como la ansiedad materna o la sobreprotección pueden influir en el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales en los hijos (Pereira, Barros, Mendonça y Muris, 2014). En las familias en que los adultos a

cargo son ansiosos se ejerce un mayor control y se promueve menos la independencia, disminuyendo el desarrollo de las competencias sociales en los hijos (Messer y Beidel, 1994).”

Conforme a los resultados de la investigación (Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez, 2014) determinaron que “Los progenitores que aplican baja disciplina perciben más hiperactividad, mayores problemas de atención y de sueño, mayor conducta agresiva y menores habilidades sociales en sus hijos; que aquellos que aplican alta disciplina. Por otro lado, se encuentran efectos significativos en el ajuste emocional de los niños/as; de forma que los progenitores que aplican baja disciplina, perciben mayor agresividad, depresión, retraimiento, somatización, reactividad emocional y ansiedad; que los que aplican alta disciplina”. Del mismo modo “se observa que los progenitores que se caracterizan por una baja disciplina o un bajo afecto tienden a percibir más alteraciones emocionales y comportamentales en sus hijos, lo que señalaría la importancia de ambas variables a la hora de establecer contingencias educativas”

De igual forma como se describió anteriormente existen dos de tres modos para adquirir una fobia específica entre ellos se encuentra el Aprendizaje vicario y la transmisión de información, en donde podemos denotar la importancia que tiene la familia en este proceso, dado que son ellos los que están en mayor porcentaje encargados de su desarrollo, como lo podemos observar en el estudio de caso, la familia fomentó que JC viera videos tanto de catástrofes naturales como películas de miedo que permitieron que la fobia se incrementara y mantuviera.

6.3 Evaluación de la fobia específica

Para la evaluación de las fobias específicas es importante tener en cuenta los cuatro métodos más importantes y básicos que son: la entrevista, cuestionarios, autorregistros y observación. De acuerdo a lo mencionado por (Bados Lopez, 2005) quien describe cada una de estas estrategias de evaluación.

La entrevista, (Bados Lopez, 2005) la describe “dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico, Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas.”, de igual manera menciona lo que se debe obtener de ella las cuales son:

- Situaciones temidas y evitadas.
- Conductas problemáticas a nivel cognitivo (p.ej., expectativas de peligro), motor (p.ej., evitación, conductas defensivas), autónomo (p.ej., palpitaciones) y emocional (p.ej., mie-do), incluyendo su intensidad, frecuencia y/o duración.
- Condiciones que agravan o reducen el problema (p.ej., movimientos bruscos del animal, tipo de avión).
- Variables situacionales y personales que mantienen las conductas problemáticas, incluida aquí la interrelación entre estas últimas.

- Interferencia del problema en la vida, trabajo, estudios, familia y actividades sociales de la persona.
- Historia y fluctuaciones del problema.
- Intentos realizados para superar el problema y resultados logrados.
- Motivación, expectativas (de tratamiento y de resultados) y objetivos del cliente.
- Recursos y limitaciones del cliente.
- Otros problemas que pueda presentar el cliente.

Cuestionarios y autoinformes, (Bados Lopez, 2005) recomienda emplear “un inventario general de miedos, un cuestionario dirigido a la fobia específica del cliente y el termómetro de miedo”.

Entre los cuestionarios generales de miedo se encuentra el inventario de Reconocimiento de Miedos III el cual identifica 6 factores miedos sociales, miedos agorafóbicos, miedo a la muerte/heridas/físico/enfermedad/sangre/procedimientos quirúrgicos, miedo a animales inofensivos, miedo a escenas sexuales/agresivas y a eventos naturales; El Inventario Revisado de Exploración de Miedos para niños en el cual se identifican 5 factores miedo al peligro y a la muerte, miedo al fracaso y a la crítica, miedo a lo desconocido, miedo a animales y miedos médicos. Uno de los problemas con estos inventarios (Bados Lopez, 2005) cita que “pueden reflejar no miedos actuales que los niños

experimentan de modo regular, sino el miedo que experimentarían caso de que se produjesen.”, también está el inventario de miedos (Pelechano, 1984, citado en Méndez, 1999, y Méndez y Macià, 1994) para padres y profesores, del cual se deriva los siguientes factores animales, fenómenos naturales, daño físico y enfermedades, muerte, situaciones sociales, lugares cerrados y miedos diversos. Otro inventario de miedos de (Sosa y cols., 1993, citado en Méndez, 1999) el cual distingue 10 tipos de miedo a) muerte, b) autoridad, c) soledad-fantasía, d) animales, e) desconocido, f) evaluación del rendimiento, g) separarse de los padres, h) contacto físico, i) fenómenos naturales, y j) médicos. Escalas de Respuesta ante Estímulos Fóbicos, presentando 5 subescalas sangre-inyecciones, daño corporal, social, animal y confinamiento físico. La escala de ansiedad infantil de Spence calcula 6 subbuntuciones ansiedad por separación, pánico/agorafobia, fobia social, miedo al daño físico, problemas obsesivo-compulsivos y ansiedad generalizada. Cuestionario para Trastornos Emocionales Infantiles Relacionados con la Ansiedad – Revisado, se obtienen puntuaciones de 9 subescalas ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia específica tipo animal, fobia específica tipo sangre-inyección-daño y fobia específica tipo situacional-ambiental. Y por último tenemos el Cuestionario de Miedos (Fear Questionnaire, FQ; Marks y Mathews, 1979), el cual proporciona 4 medidas 1) Nivel de evitación respecto a la fobia o miedo principal del cliente descrito con sus propias palabras. 2) Puntuación total del nivel de evitación de 15 situaciones, las cuales se dividen en tres subescalas de cinco ítems cada una: agorafobia, fobia social y fobia a la SIH. 3) Escala de Ansiedad-Depresión 4) Medida global de los síntomas fóbicos. Esto descrito por (Bados Lopez, 2005).

Los cuestionarios específicos, como su nombre lo dice son inventarios donde se evalúan las diferentes fobias como están: la claustrofobia, acrofobia, miedo a volar, viajar en coche, accidentes, mutilaciones, hospitales, médicos, sangre-inyecciones, dentales, SIDA, serpientes, arañas, homofobia y entre otras. Existen otras donde el paciente debe decir sus temores, entre estas se encuentra “Inventario de Conductas-Objetivo. Se trata de un cuestionario individualizado en el que el cliente especifica cinco conductas que le gustaría realizar normalmente y que supondrían una mejora significativa en su vida cotidiana.” Y “Se han utilizado jerarquías de 10 ó 15 ítems –que deben estar específicamente definidos– y escalas de puntuación de 0-8, 0-10 ó 0-100 para valorar la ansiedad producida por cada situación y el grado en que se evita la misma”, lo cual permite evaluar esas situaciones que el paciente aqueja, conforme a (Bados Lopez, 2005).

Los autoinformes permiten los diferentes aspectos que la persona experimenta antes y/o durante la situación, entre ellos podemos encontrar los que describe (Bados Lopez, 2005) “Termómetro de Miedo (Fear Thermometer, FT; Walk, 1956). Se trata de una escala de 0 a 10 ó de 1 a 10 en la que el primer número indica ausencia de miedo y el último, un miedo extremo”, otro tipo de técnica donde el paciente es el que registra su proceso es la “Técnica de Listado de Pensamientos (Cacioppo y Petty, 1981). La persona tiene que enumerar durante unos pocos minutos los pensamientos que ha tenido justo antes, durante y después de la situación temida y valorar ciertos aspectos de los mismos tales como su frecuencia, creencia en ellos y si los considera positivos, negativos o neutrales. “existe también unos cuestionarios que permiten evaluar los niveles de miedo en situaciones específicas, como

son el cuestionario de percepción autónoma, diferencial de ansiedad y el inventario de estado de ansiedad.

Siguiendo la misma línea de los cuestionarios, es importante evaluar la sensación de discapacidad percibida no solo por la fobia específica sino por otro que se pueda presentar, entre ellos podemos encontrar el Cuestionario de Discapacidad de Sheehan el cual evalúa la disfunción por los síntomas en el trabajo, vida social y vida familiar/responsabilidades domésticas, el estrés percibido y el apoyo social percibido o el grado de apoyo recibido de personas. La Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz evalúa el grado en que los problemas emocionales impiden realizar determinadas acciones; y el Cuestionario de Interferencia valora la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y/o la interferencia en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Descrito por (Bados Lopez, 2005).

Los autoregistros no son tan empleados en las fobias específicas, pero de igual forma (Bados Lopez, 2005) afirma que “permiten recoger información en el medio natural sobre las conductas de interés, sus antecedentes y consecuentes.” De igual forma describe que “Algunos pacientes temen que el autorregistro pueda aumentar sus miedos. Aunque esto puede ocurrir inicialmente, hay que explicar al paciente que el efecto es temporal y que la ansiedad se reducirá si se continúa con el autoregistro.”

La observación presenta ciertos inconvenientes puesto que aunque teóricamente es posible, (Bados Lopez, 2005) afirma que “suele ser poco o nada factible en la práctica clínica

debido a motivos económicos. Aparte estos, no hay ningún inconveniente en que el terapeuta acompañe al cliente a alguna de las situaciones temidas y observe a distancia. Una alternativa es que un familiar o amigo hagan de observador”. Es útil para la observación tener una “Escala de Observación de Conductas de Ansiedad durante la Hospitalización. Los padres deben marcar la posible aparición de 17 conductas autónomas o motoras (sudoración, llanto, quejas, agresión, etc.) en tres momentos diferentes: ingreso, antes del quirófano y alta.” Elaborado por Ortigosa y Méndez (1997, citado en Méndez, 1999) citado por (Bados Lopez, 2005). De igual forma menciona el test de evitación o aproximación conductual a la situación o estímulo temido implican una observación en situaciones artificiales.

6.4 Tratamiento o intervención psicológica cognitivo-conductual de la fobia específica y antecedentes empíricos.

Las principales alternativas terapéuticas para las fobias en la primera mitad del siglo XX, estaban relacionadas con el psicoanálisis, de acuerdo a lo mencionado por (Capafons B. J., 2001), y continua afirmando que “A partir de la obra de Joseph Wolpe (1958), la llamada terapia de conducta entró de lleno en el campo de las fobias. Desde entonces la mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastorno implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas.”

Para conocer más a fondo en que se basa la terapia de exposición (Capafons B. J., 2001) nos describe diferentes modalidades de exposición y aquellos factores que incrementa

la eficacia, como está la “Exposición en vivo frente a exposición en imágenes representa una de las dicotomías más investigadas en el campo de la exposición. Los datos, en líneas generales, son concordantes con lo que cabría esperar: cuanto más cercana sea la práctica de exposición al hecho real, mejores resultados podemos esperar. De hecho, la exposición en vivo es considerada como el tratamiento más potente para las fobias específicas (APA, 1994; Barlow, 1988; Barlow, Esler & Vitali, 1998; Marks, 1987).” Este tipo de exposición se utiliza preferiblemente en las personas donde la fobia es difícil de manipular, de igual forma con esas personas que son resistentes a la exposición real.

La duración e intervalos de la exposición hace parte de lo que (Capafons B. J., 2001) nos describe sobre los criterios que se deben tener en cuenta, se determina que la exposición prolongada tiene mayor eficacia que la corta y se tiene que tener en cuenta que la aproximación no implique ningún peligro y menciona como debe ser el procedimiento habitual:

1. El paciente se compromete a mantenerse en la situación de exposición hasta que la ansiedad desaparezca y no escapar de la situación durante el tratamiento.
2. Se anima al paciente a aproximarse al estímulo fóbico lo máximo posible y a mantenerse hasta que la ansiedad disminuya o desaparezca por completo.
3. Cuando la ansiedad disminuye se le insta al paciente a que se aproxime más al estímulo fóbico, a que permanezca hasta que disminuya la ansiedad, y a que se vaya acercando lo máximo posible.

4. La sesión de terapia termina únicamente cuando el nivel de ansiedad se ha reducido un 50% del valor más alto, o cuando ha desaparecido por completo.

Adicionalmente se propone que el implementar una técnica de relajación debe tener en cuenta tres factores los cuales (Capafons B. J., 2001) nos describe:

1. Si la ansiedad del paciente es muy alta ante el estímulo fóbico, la utilización de la relajación genera mayor adherencia al tratamiento.
2. Si vamos a aplicar, por motivos diversos (tipo de fobia, peculiaridades de la situación, predisposición del paciente, etc.), exposiciones breves, la aplicación de la relajación facilitará la habituación al estímulo fóbico.
3. Si pretendemos aplicar una exposición donde el paciente no sienta niveles elevados de ansiedad durante la presencia del estímulo fóbico, la relajación puede ayudar a controlar dicha ansiedad. Además, cuando se emplean jerarquías muy progresivas, la relajación puede acelerar el proceso.

El tratamiento con mayor éxito para el trabajo en fobias específicas es la exposición, pero antes de profundizar en ella vamos a mencionar alguna de las teorías que explican el proceso de reducción del miedo, para esto Barlow (1988) realizó un resumen que cita (Caballo, 2007) en el cual en primer lugar explican la habituación propuesto por Lader y Wing (1966) el cual es “un proceso de familiarización con el objeto o situación y, por consiguiente, se responde cada vez menos a un determinado estímulo con el paso del tiempo” se afirma que la reducción del miedo es contradictoria puesto que “Este proceso produce normalmente cambios en la respuesta sólo a corto plazo y parece afectar a las respuestas

fisiológicas (p. ej., respuesta galvánica de la piel) más que a los sentimientos subjetivos. Se supone que el papel del aprendizaje en la habituación es mínimo.”

Un segundo modelo que explica los efectos de la exposición es el proceso de extinción, el cual (Caballo, 2007) lo cita “Esta implica la debilitación de una respuesta condicionada por la eliminación del refuerzo. Según el modelo bifactorial de Mowrer (1960) sobre el desarrollo del miedo, un temor (p. ej., una fobia a los perros) comienza cuando un estímulo neutral (p. ej., un perro) se empareja por medio del condicionamiento clásico con un estímulo incondicionado aversivo (p. ej., que le muerdan a uno).” Lo que explica que por el refuerzo negativo el temor se mantiene, por la evitación del estímulo, en la exposición se termina con el refuerzo negativo que es la evitación por lo que extingue la fobia.

Los factores cognitivos hacen parte importante de las teorías modernas del condicionamiento puesto que maneja variables como la del control percibido, las señales de seguridad y el grado de predicción de la exposición de acuerdo a lo expuesto por (Caballo, 2007). Estos tratamientos cognitivos son los que se han ido implementando en las últimas décadas, las cuales son según (Capafons B. J., 2001) “empleadas en la mayor parte de las ocasiones en combinación con estrategias de exposición. Básicamente se trata de adaptaciones al ámbito de las fobias de programas terapéuticos ya existentes, tales como la terapia racional emotiva (Ellis, 1962; Warren y Zgourides, 1991), el entrenamiento en inoculación del estrés (Meichenbaum, 1977, 1985) o la terapia racional sistemática (Golfried, 1977)” y buscan cambiar patrones de pensamiento, determinando entre lo realista, irrealista, posible y probable. Estas técnicas cognitivas trabajan de la mano con las conductuales porque

se espera que cuando un paciente se encuentre en una exposición este con la menor ansiedad anticipatoria y atribuciones adaptativas.

Teniendo en cuenta esto, (Caballo, 2007) añade que “se han propuesto teorías sobre el procesamiento emocional (p. ej., Foa y Kozak, 1986; Rachman, 1980) para explicar el proceso de reducción del miedo empleando un marco teórico emocional (p. ej., Lang, 1985). Según Foa y Kozak (1986), la exposición a una situación temida proporciona información que es inconsistente con la almacenada previamente en la memoria emocional.” De acuerdo a esto (Caballo, 2007) hace referencia a unas variables que pueden interferir con este proceso las cuales las describe “Las variables propuestas que interfieren con el procesamiento emocional incluyen a la distracción, a la activación autónoma que sea demasiado alta (de modo que puede que no se produzca la habituación dentro de la sesión) y la activación autónoma que sea demasiado baja (reflejando una activación incompleta de la estructura de ansiedad).”

(Caballo, 2007) Realiza una afirmación que es preocupante para la clínica y el trabajo con fobias específicas, la cual es: “Es demasiado pronto para decir exactamente cómo produce la exposición una disminución del temor. Además, es posible que las teorías mencionadas anteriormente no sean explicaciones mutuamente excluyentes. Aunque ninguna de las teorías explica totalmente el proceso de la reducción del miedo, cada una de ellas explica alguna parte de la historia”

Desde una perspectiva para que un paciente este ante la exposición con la mínima ansiedad se puede tener en cuenta como lo menciona (Capafons B. J., 2001) “el conjunto de

técnicas destinadas a incrementar la información del paciente sobre su trastorno (terapias informativas, biblioterapia, la psicoeducación) y los trabajos que incluyen componentes atribucionales en la terapia (Capafons, Sosa & Viña, 1999; Greco, 1989; Ross, Rodin & Zimbrado, 1969). En ambos casos se trata de presentar al paciente el máximo de información relevante referida al estímulo fóbico.”. Se ha comprobado que incluir el modelo cognitivo en las exposiciones representa eficacia en la intervención así como lo afirma (Capafons B. J., 2001) “el acercamiento de exposición presenta niveles de eficacia similares al de exposición con aditamentos cognitivos, pero no debemos olvidar que la eficiencia de un programa terapéutico no puede medirse solamente por el número de sesiones o de ingredientes necesarios para obtener el cambio”

Actualmente existe una técnica que está volviéndose cada vez más popular, la cual es la realidad virtual, está la describe (Capafons B. J., 2001) “La exposición por medio de la realidad virtual se ha propuesto como una alternativa a los procedimientos de exposición real o in vivo. La tecnología virtual se fundamenta en dar al usuario la sensación de presencia o inmersión en el entorno virtual.” Y de igual forma se describe las ventajas y desventajas de esta realidad virtual:

1. Muchos estímulos reales pueden ser caros de adquirir para llevar a cabo una sesión de exposición real.
2. La realidad virtual permite que el terapeuta construya el contexto y no que tenga que desplazarse a dicho contexto.

3. La realidad virtual permite manipular el contexto sin que aparezcan estímulos o situaciones inesperados.

4. Con la realidad virtual se garantiza de mejor manera la seguridad y la privacidad del paciente. Esto es, se garantiza la confidencialidad.

No podemos pasar por alto, sin embargo, algunas de las desventajas o limitaciones:

1. No sustituye totalmente a la exposición real. Tarde o temprano el paciente debe someterse a esta última.

2. El costo del hardware y del software es todavía prohibitivo para la mayoría de los clínicos.

3. Algunos pacientes presentan mayores dificultades que otros a la hora de sentirse verdaderamente inmersos en el contexto virtual. Y, hoy por hoy, no disponemos de predictores que nos informen de en quién sí funcionará y en quién no.

4. No existen trabajos que comparen la realidad virtual frente a técnicas imaginativas o de sugestión, claramente más económica.

El tratamiento biológico centrado en la terapia farmacológica, para la fobia específica es casi nula, puesto que la mayoría por no decir todos opinan que no hay tratamiento farmacológico, así como se mencionó anteriormente la técnica más eficaz es la técnica de exposición, de igual forma (Capafons B. J., 2001) describe un tratamiento complementario

para esta intervención farmacológica “Los fármacos empleados en el caso de las fobias específicas como complemento terapéutico típicamente han sido las benzodiacepinas y los beta-bloqueantes. Las razones para ello no están del todo claras y provienen fundamentalmente de las similitudes entre algunas fobias específicas y otros trastornos fóbicos.”

7. Análisis del caso e Interpretación

El estudio de caso tiene como objetivo presentar el progreso satisfactorio de los problemas identificados en el paciente JC, se analizaron la pertinencia de las estrategias de intervención cognitivo conductual para el trastorno de Fobia Especifica en el paciente de 6 años; Tomándose como referencia para el tratamiento de Fobia Especifica, la relajación, reestructuración cognitiva, exposición y trabajo con los padres, estrategias de intervención que se consideraron eficaces al momento de hacer el análisis topográfico de la conducta problema. La combinación de técnicas terapéuticas en los tratamientos cognoscitivo-conductual para las fobias específicas, cumplen eficazmente sus objetivos tal como lo plantea (Capafons B. J., 2001), las cuales actúan sobre las modalidades de respuesta conductuales, cognitivas y fisiológicas, por lo cual se propone realizar la técnica con exposición, relajación y reestructuración cognitiva.

Se toma como referente los objetivos planteados en el estudio de caso único, en el cual nos planteamos como primer objetivo: Establecer las principales estrategias de intervención cognitivo-conductuales para el abordaje de la fobia específica.

Se realizó durante la intervención un total de 14 sesiones de tratamiento en total; desde la primera sesión se logró el compromiso con los padres y con JC para el tratamiento, para generar cambios no solo en la conducta y extinción de la fobia, sino también cambios dentro de la familia en los estilos parentales.

En cuanto al aspecto fisiológico JC presentaba síntomas de palpitaciones, dolor en la boca del estómago, temblor corporal y de las cuales se redujeron a ser casi nulas, de acuerdo

con la descripción que hace el paciente, esto se logró por medio del entrenamiento en Relajación muscular progresiva, tanto que para JC se volvió parte de su rutina, reconoce cuando debe hacerlo y es capaz de explicárselo a otras personas cuando las detecta que están ansiosas. Para lograr esta conducta se realizó una psicoeducación con JC, donde se le explico los síntomas, la raíz de las fobias y en qué momentos podía sentir que se generaría en el las respuestas de miedo.

Para la conducta de evitación la técnica de relajación dio su aporte, puesto que JC al tomar esta técnica como parte de su vida, cuando empieza a percibir que vienen pensamientos y respuestas de miedo, realiza una relajación y es capaz de enfrentar sus temores, otra técnica y no por eso menos importante fue la exposición puesto que hasta para la identificación de las características que debía tener el payaso al cual le temía fue eficaz, dado que no quería expresar, ni dibujar y mucho menos buscar fotos, por medio de la exposición con un rompecabezas en el cual al empezar armarlo fue suministrando la información necesaria y así continuo la exposición gradual teniendo en cuenta sus niveles de malestar, hasta llegar que JC fuera a un circo, por la parte de la lluvia la exposición gradual fue más que todo por medio de imágenes, videos en las cuales iniciamos una lluvia pequeña hasta llegar a tormentas y su mayor reto fue jugar bajo la lluvia.

Cognitivamente se denoto un cambio por medio de un debate socratico, no solo con la fobia sino su autoconcepto que se vio un poco afectado por sus respuestas a los miedos, primeramente la reestructuración cognitiva se efectuó para que JC identificara cuales eran sus temores específicos puesto que el los generalizaba a situaciones y eventos más amplios, más

adelante otro logro obtenido es la capacidad para que JC evaluara la situación si era real y/o potencialmente amenazante, y por la parte de los autoesquemas se realizó la reestructuración cognitiva al modificar su pensamiento de que no era valiente y ver normales algunas respuestas de miedo.

El compromiso de JC y los padres permitieron que la evolución del paciente continuara sus avances, el entorno familiar fue un factor importante para trabajar dado que algunas conductas especialmente del padre y el abuelo permitían que la fobia se mantuviera, dado que ellos estaban utilizando a su concepto la exposición pero no gradual, por lo que a JC le incrementaba las respuestas y el establecimiento de la fobia, esto más allá de trabajar el primer objetivo también evidencia el segundo que es, Analizar la relación que existe entre los estilos parentales y desarrollo de una fobia específica.

Para este segundo objetivo se evidencio con la investigación realizada que los estilos parentales influyen en el desarrollo de trastornos psicológicos en los niños, de acuerdo a lo mencionado por (Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez, 2014) las personas ansiosas que crían a los niños puede desarrollar que los niños muestren estas conductas, y siguiendo esta misma línea una de las génesis de la fobia específica es el aprendizaje vicario y la transmisión de información, estas dos en los estilos parentales de JC lo pudimos observar puesto que la abuela quien es con quien comparte gran parte del tiempo es ansiosa a las lluvias la misma fobia presentada por JC y por parte del abuelo que exponía al paciente a situaciones traumáticas con los documentales.

Del mismo modo al trabajar con la familia y realizar una psicoeducación, reestructuración cognitiva y modelado de los estilos parentales, aportaron la eficacia del tratamiento, puesto que al modificar muchas de las conductas perjudiciales para JC el recibió apoyo y reconocía como debía ser controladas sus fobias, cabe aclarar que al inicio el papa estaba resistente a este cambio por lo que la reestructuración cognitiva facilitó el proceso, dado que el tenía creencias erróneas sobre valentía y como debía ser el comportamiento de un niño.

La reestructuración cognitiva con los padres se trabajaron las creencias de que ser valiente es la persona que no tiene miedos a nada, que tener miedo es ser niña, dado que esto producía burlas a JC y fomentaba que el padre enfrentara a JC con sus miedos porque el tenía que superarlos para ser un valiente y no ser ni niña ni gallina.

Al cumplir los objetivos del plan de intervención se brindó al final pautas educativas para trabajar en la casa, donde todos participaran y en caso de tener respuestas de ansiedad, reconocer como manejarlo positivamente.

Actualmente las conductas evitativas de JC son casi nulas, puesto que está siendo capaz de tener acercamientos con sus estímulos fóbicos, en ocasiones cuando percibe que se va acercar a estos estímulos, toma un minuto para realizar un debate socrático y reconocer que no se evidencia una situación amenazante, y si es posible realiza una relajación muscular progresiva breve.

8. Discusiones y conclusiones

La investigación del tema de Fobias específicas, generó un esfuerzo considerable puesto que es un tema que pese al impacto que tiene en la sociedad, no se encuentran muchos estudios que abarquen esta temática, más que todo es información sobre esas fobias específicas, como arañas, dentales, alturas entre otros, pese a este esfuerzo es importante tocar la temática puesto que permitió reconocer sus orígenes de manera general, su evolución, evaluación y tratamiento que es uno de los principales objetivos del estudio de caso, por parte de la intervención se encuentra que están los tratamientos conductuales, cognoscitivos y cognoscitivos – conductuales, y un poco implementación de tratamiento farmacológico como complemento de las anteriores. Esto con respecto a lo mencionado por (Caballo, 2007) (Bados Lopez, 2005) y (Capafons B. J., 2001).

La intervención más reconocida por su eficacia es la exposición y se ha revisado que tiene una eficacia similar cuando se emplea con una terapia cognitiva, puesto que permite que el paciente baje sus niveles de ansiedad por medio de información suministrada, conciencia del estímulo fóbico, de igual forma (Capafons B. J., 2001) afirma que es válido implementar la relajación en estas técnicas, puesto que favorece el trabajo en tres ejes fisiológico, cognitivo y conductual. De esta manera estas investigaciones han aportado al estudio de caso puesto que fueron las técnicas utilizadas en el paciente de 6 años, las cuales fueron exposición, restructuración cognitiva y relajación.

Como lo mencionan las investigaciones sobre la eficacia de estas intervenciones se evidencio en el estudio de caso, puesto que la implementación de las tres, logro extinguir las

respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales de un paciente diagnosticado con fobia específica a situaciones de climas y personajes disfrazados. Esta extinción se ve evidenciado cualitativamente y cuantitativamente, con cuestionarios aplicados pre intervención y post intervención, pero más aun cualitativo expresado por el paciente, los padres y el terapeuta, que han podido evidenciar los cambios generados.

Por otra parte es importante destacar que los modelos explicativos de Fobias Específicas no tienen en cuenta la relación existente entre los estilos parentales y el desarrollo de estas mismas, dado que (Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez, 2014) (Penelo Werner, 2009) (Castro, 2005) (Jimenez, 2009) han realizado estudios muy recientes, y aunque relacionan los estilos parentales, modelos de crianza y educación como cada uno lo ha llamado lo relacionan de manera generar a desencadenar diversos trastornos psicológicos, pero no se menciona la fobia específica como tal.

Adicionalmente, es importante destacar que el vacío que existe en los estudios de fobia tanto teóricos como de técnica, permite que sea un tema con un impacto potencial, por el cual este estudio de caso aporta ese deseo de confirmar más técnicas y desarrollar la teoría, para así conocer nuevos casos, y que por medio de estudios se asiente todo lo referente a la fobia y trabajarla.

Para las intervenciones es de vital importancia reconocer cuáles son esos inconvenientes que se pueden presentar durante las sesiones, para así poder trabajar desde un comienzo, en el caso de JC se destacaron dos grandes inconvenientes los cuales fueron la poca claridad que se tenía en cuanto a las características del estímulo fóbico, puesto que se

generalizo y era necesario el cómo, donde, cuando y porque del temor, por lo cual fue uno de los retos que se trabajaron al inicio en la evaluación, el segundo inconveniente que se presento fue la poca colaboración que el padre tenía al inicio del tratamiento, puesto que tenía unas creencias en cuanto a los temores del niño y no confiaba en el proceso, por lo cual fue importante mostrar resultados tempranos para poder trabajar con él.

En cuanto a los factores que dieron lugar a los resultados de esta investigación, en la que se utilizó una intervención desde la perspectiva cognitiva conductual; podemos señalar que el paciente logro extinguir las respuestas de fobias como lo era la evitación y su principal logro fue el acercamiento a esos estímulos fóbicos con la seguridad de que todo estaría bien. Al igual que los cambios generados dentro de su casa que pasaron de ser factores de mantenimiento a la fobia se convirtieron en factores de apoyo.

Para finalizar, teniendo en cuenta el estudio de caso en un niño de 6 años con fobia especifica, podemos afirmar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual. Se propone que se realicen más investigaciones sobre esta temática, puesto que como se encontró en toda la bibliografía la fobia especifica es uno de los diagnósticos que más se presentan en la clínica, por lo cual es necesario ampliar la información de su diagnóstico e intervención, dado que como lo afirmo (Caballo, 2007) aunque la se reconozca cuáles son las técnicas más eficaces aún hay discusiones alrededor de la misma y no ha permitido fortalecerla. De igual manera es importante reconocer la relación que existe entre los estilos parentales y el desarrollo de la fobia, así como se evidencio en el Estudio de Caso trabajar con los familiares permitió fortalecer los objetivos de intervención y con resultados eficaces.

Bibliografía

- Bados Lopez, A. (2005). FOBIAS ESPECÍFICAS. *Facultat de Psicologia*.
- Bermúdez-Ornelas, Graciela; Hernández-Guzmán, Laura. (2008). Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en niños. *International Journal of Clinical and Health*.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos Vol. 1*. España: Siglo XXI.
- Capafons, B. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*.
- Castro, J. (2005). *Disciplina y estilo educativo familiar*. Barcelona: Masson.
- DSM-5. (2013). *El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales American Psychiatric Association*. 5^a.
- Española, R. A. (2014). *Diccionario de la lengua española 23.ª edición*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Graciela Bermúdez-Ornelas y Laura Hernández-Guzmán2. (2008). Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en los niños. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Jimenez, M. J. (2009). Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos. *Expertos en Terapia Infantil y juvenil*.
- José A. Posada-Villa, MD, Jenny P. Buitrago-Bonilla, TS, Yanithza MedinaBarreto,. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad,. *NOVA*.

Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York, NY, US: Oxford University.

Natalia Franco Nerín, Miguel Ángel Pérez Nieto y María José de Dios Pérez. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.

Penelo Werner, E. (2009). Cuestionarios de estilo educativo percibido por niños (EMBU-C), adolescentes (EMBU-A) y progenitores (EMBU-P): Propiedadespsicométricas en muestra clínica española. *Universitat Autònoma de Barcelona*.

Rosa M. Valiente; Bonifacio Sandin; Paloma Chort. (2003). *Miedos en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Aula Abierta.

Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. España: MASSON.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario Evaluación Emocional

CUESTIONARIO EVALUACIÓN EMOCIONAL

NOMBRE DEL NIÑO: _____

EDAD: 6 años FECHA: Nov-3-15

NOMBRE DEL PADRE/MADRE QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO: _____

Las preguntas que responderá a este cuestionario son absolutamente confidenciales. Tienen como propósito hacer un análisis muy preciso de qué es exactamente lo que le pasa a su hijo y de esa manera poder darle una orientación apropiada.

Responda las preguntas que aparecen a continuación de la manera más clara, concisa y sincera posible. Escriba al respaldo de la hoja si necesita de más espacio.

Si hay preguntas que no se acomodan a las características de su hijo u hogar (por ejemplo, no tiene hermanos) anótelos.

No deje ninguna pregunta sin responder y recuerde que de la exactitud de sus datos dependerá que las conclusiones del estudio correspondan a la realidad de las dificultades de su hijo.

En lo posible, cada uno de los padres deberán llenar por separado el cuestionario.

A. AMBIENTE FAMILIAR

1. ¿Cómo es la relación entre los padres? Muy buena, hay dialogo, Comprensión y mucho amor.

2. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos? No tiene hermanos

3. ¿Cómo es la relación de cada uno de los padres con los hijos (Anote si hay especial atención sobre uno de ellos por alguna razón) _____

No tiene hermanos.

la mamá: es afectiva, pero también le regaña

padre = poco afectivo, algunas veces le demuestra su

carino, pero el niño es muy inquieto y pierde la paciencia.

4. ¿Cómo es la relación de su hijo con personas de su misma edad? _____

buena, ríe, juega.

B. MANEJO DISCIPLINARIO Y AFECTIVO

1. ¿Tiene su hijo satisfechas sus necesidades básicas?

- Apoyo (¿le enseña negativamente o lo castiga cuando comete errores?) Se le castiga
- Aceptación (¿le permite dar opiniones, le acepta iniciativas, lo escucha cuando quiere expresarle algo?) Si
- Aprobación (¿comenta en voz alta sus logros, lo felicita por hacer algo apropiado o conseguir una meta, le da privilegios ocasionalmente por hacer algo apropiado?) algunas veces.
- Atención y afecto (¿hay detalles cariñosos, habla con él frecuentemente, le juega, lo mima?) Siempre.

- Comunicación (¿lo escucha sin reprobalo, le pregunta frecuentemente sobre los asuntos personales y sus intereses?) muy poco

- Responsabilidades (¿le asigna responsabilidades que están a su alcance y pueden generarle sentimiento de logro?) ¿Cuáles?: No

2. ¿Cómo es la manera más frecuente con que cada uno de los padres corrige al hijo cuando hace algo inapropiado? - Con regaños - Castigos y algunas veces se le pega

3. ¿De qué manera habitualmente aprueba a su hijo cuando considera que ha hecho algo apropiado? muy escasamente se le premia cuando hace algo apropiado, pero verbalmente se lo expreso.

4. Indique ¿cuál de estos modelos de padres, lo describen más cercanamente a Usted?:

- Laxo y afectivo: _____
- Laxo y poco afectivo: _____
- Estricto y afectivo: X (mamá)
- Estricto y poco afectivo: X (papá)

C. DEPENDENCIA

1. Física: ¿necesita el niño continuamente ayuda en todas sus actividades (vestirse, asearse, comer, etc.)? Si

2. Emocional: ¿El niño necesita constante atención del adulto, de manifestaciones afectivas, de aprobación?, ¿quiere ser siempre el centro de la atención, busca que le rueguen, hace frecuentes pataletas, etc.? ____

2.1 = Si

2.2 = últimamente hace muchas pataletas.

3. Dependencia de logro: ¿el niño está preguntando constantemente si las cosas le están quedando bien, si es apropiado o no algo que hizo o hará?, ¿cómo hace para lograr algo? Si, Siempre pregunta como le quedan y cómo debe hacerlos. para lograr algo lo debe repetir varias veces.

D. EVENTOS TRAUMATICOS AMBIENTALES

Anote cualquier suceso pasado, remoto o cercano que en su concepto, fue crucial para su hijo (ver escenas de violencia, la desaparición de un ser querido, etc.) lo afecto mucho presenciar un pequeño

Vendaval. y un enfrentamiento entre los jóvenes del barrio donde vive y los antinomines

E. CONDUCTAS PROBLEMA:

1. ¿Cuál es la respuesta habitual del niño frente a situaciones de frustración (si se le pierde algo, se le niega una cosa, si se le exige, etc.)? Si se le pierde algo llora, si se le niega se pone rebelde si se exige lo hace porque se ve obligado.
2. ¿Qué miedos o temores tiene su hijo? a la oscuridad, a estar solo, los animales, a la tempestad al mar, piscina, y eventos donde haya multitud (carnavales)
3. ¿Su hijo muestra respuestas orgánicas de ansiedad? (sudoración cuando está nervioso, trastorno de sueño, trastorno de alimentación, se moja en

los pantalones, si tiene susto, agacha la cabeza cuando va a hablar, llora por cualquier motivo, está siempre retorciéndose las manos, etc.)

Siempre se retuerse las manos y pierde el
apetito.

F. COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

Anote si el niño con frecuencia:

1. Dice que no se siente bien (está aburrido o triste). 1

algunas veces manifiesta estar aburrido.

2. Si hay llantos frecuentes por causas no físicas (no hay dolores o enfermedades físicas) NO.

3. Habitualmente no intenta hacer algo de nuevo cuando pierde o ha fracasado. Si lo intenta de nuevo pero inseguro

4. Verbaliza continuamente que no es capaz de hacer las cosas. Si, Siempre manifiesta que no puede y
que no sabe

5. Con regularidad dice que él no le gusta a los demás No.

6. Él piensa que hay mucha gente mala. NO.

7. Juega poco, participa pocas veces en actividades, disfruta de muy pocas situaciones. Juega demasiado, pero no en todas las actividades participa y disfruta de muy pocas situaciones.

8. Se ve continuamente preocupado. No.

9. Es muy solitario No.

10. Se duerme en clase. No.

11. Se comporta agresivamente sin un motivo aparente o por cosas triviales. NO.

Aprendizaje Por Observación

Califique SI o NO cada uno de los padres por aparte:

1. ¿Se considera una persona con dificultades para las relaciones interpersonales? NO

2. ¿Se considera una persona muy ansiosa, muy nerviosa? NO

3. ¿Se considera un padre/madre sobreprotector? SI

4. ¿Se deprime con frecuencia? SI

5. ¿Se considera una persona controlada (que no se exalta con facilidad)? SI

G. AUTOCONCEPTO

1. ¿El niño tiene algún problema o característica física que le preocupe o incomode? Tiene constantes muecas y el
movimiento constante de las manos.
2. ¿Su hijo piensa que es menos inteligente que sus demás amigos? Si, el dice que ellos saben más.
3. ¿Su hijo cree que no es muy hábil para hacer ciertas cosas? Si, Antes de hacer las cosas dice que
no sabe.
4. ¿Su hijo se queja con frecuencia de que los demás niños no lo quieren o no lo aceptan? No, el hace amigos muy
rápido y es muy buen amigo.
5. ¿Su hijo dice algunas veces que el quisiera ser diferente en algún aspecto? No.

COMENTARIOS

Muchas gracias

Anexo 2. IBT Modificado para Niños – Noviembre 2015

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

NOMBRE: IC

EDAD: 6

CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 1

FECHA DE HOY: Noviembre 2015

En este cuestionario vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que tu piensas acerca de varias cosas. Recuerda que debes contestar todas las preguntas, no hay respuestas buenas o malas.

Todas las preguntas tienen tres formas de respuestas: Verdadero, algunas veces verdadero o falso. Debajo de estas tres formas de respuestas hay un paréntesis, en el cual debes colocar una "X" dentro del paréntesis debajo de verdadero. Si piensas que algunas veces estas de acuerdo coloca "X" dentro del paréntesis de algunas veces verdadero y cuando no estés de acuerdo coloca una "X" en el paréntesis debajo de falso.

Trata de no responder muchas veces la respuesta "algunas veces verdadero".

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
1. algunas cosas que pienso o hago no se las cuento a nadie	()	(X)	()+
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	()	(X)	()+
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	()	()	(X)+
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	(X)	()	()+
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	(X)	()	()+
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	()	(X)	()+
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	(X)	()	()
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y que no.	()	()	(X)+
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	()	()	(X)+
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	()	()	(X)+
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	()	()	(X)+
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	()	(X)	()+

13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por que repetirlos ahora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +

32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	()	()	(X)
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enoja mucho.	(X)	()	()+
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	()	()	(X)
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	(X)	()	()+
36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	()	()	(X)+
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	()	()	(X)
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	(X)	()	()+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
39. Los problemas no tienen una sola solución.	(X)	()	()
40. Tengo que gustarle a todas las personas que me conocen.	()	()	(X)+
41. Le cuento fácilmente a la gente todas las cosas que me pasan.	()	(X)	()
42. Me disgusta hacer aquellas cosas que no hago bien.	(X)	()	()+
43. Me enoja o me pongo bravo fácilmente por cualquier cosa.	()	()	(X)+
44. Muchas personas no son castigadas aunque se lo merecen.	(X)	()	()+
45. Las cosas malas que me pasan en la vida no les presto atención.	()	()	(X)
46. Ninguna cosa me preocupa mucho tiempo.	()	()	(X)
47. Me gusta hacer las cosas ya y no dejarlas para mas tarde.	()	()	(X)
48. Cuando voy a hacer algo, por ejemplo tareas, salir, vestirme, le pregunto a alguien como hacerlo.	()	(X)	()+
49. Pienso que si me hubieran enseñado otras cosas hoy sería diferente.	(X)	()	()+

Anexo 3. IBT Modificado para niños – Abril 2016

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

NOMBRE: JC
 EDAD: 6
 CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 2do
 FECHA DE HOY: Abril 2016

En este cuestionario vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que tu piensas acerca de varias cosas. Recuerda que debes contestar todas las preguntas, no hay respuestas buenas o malas.

Todas las preguntas tienen tres formas de respuestas: Verdadero, algunas veces verdadero o falso. Debajo de estas tres formas de respuestas hay un paréntesis, en el cual debes colocar una "X" dentro del paréntesis debajo de verdadero. Si piensas que algunas veces estas de acuerdo coloca "X" dentro del paréntesis de algunas veces verdadero y cuando no estés de acuerdo coloca una "X" en el paréntesis debajo de falso.

Trata de no responder muchas veces la respuesta "algunas veces verdadero".

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
1. algunas cosas que pienso o hago no se las cuento a nadie	()	()	(X)+
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	()	()	(X)+
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	()	()	(X)+
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	()	()	(X)+
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	(X)	()	()+
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	()	()	(X)+
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	(X)	()	()
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y que no.	()	()	(X)+
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	()	()	(X)+
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	()	()	(X)+
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	()	()	(X)+
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	()	()	(X)+

13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	∞	()	()
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	(x)	()	()
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	(x)	()	()+
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	()	()	(x)+
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	∞	()	()
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por que repetirlos ahora.	(x)	()	()
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	()	()	(x)+
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	()	()	(x)+
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	()	()	(x)+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	()	()	(x)+
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	()	(x)	()
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	∞	()	()
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	()	()	(x)+
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	(x)	()	()+
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	(x)	()	()+
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	∞	()	()+
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	(x)	()	()
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	()	(x)	()+
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	()	()	(x)+

32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	(X)	()	()
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enoja mucho.	()	()	(X)+
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	(X)	()	()
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	()	()	(X)+
36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	()	()	(X)+
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	()	()	(X)
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	()	()	(X)+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
39. Los problemas no tienen una sola solución.	()	()	(X)
40. Tengo que gustarle a todas las personas que me conocen.	()	()	(X)+
41. Le cuento fácilmente a la gente todas las cosas que me pasan.	(X)	()	()
42. Me disgusta hacer aquellas cosas que no hago bien.	()	()	(X)+
43. Me enoja o me pongo bravo fácilmente por cualquier cosa.	()	()	(X)+
44. Muchas personas no son castigadas aunque se lo merecen.	(X)	()	()+
45. Las cosas malas que me pasan en la vida no les presto atención.	(X)	()	()
46. Ninguna cosa me preocupa mucho tiempo.	(X)	()	()
47. Me gusta hacer las cosas ya y no dejarlas para mas tarde.	()	()	(X)
48. Cuando voy a hacer algo, por ejemplo tareas, salir, vestirme, le pregunto a alguien como hacerlo.	()	()	(X)+
49. Pienso que si me hubieran enseñado otras cosas hoy seria diferente.	(X)	()	()+

**Anexo 4. Listado de síntomas y comportamientos de niños y adolescentes con
desordenes psicológicos - Noviembre 2015**

**LISTADO DE SÍNTOMAS Y COMPORTAMIENTOS DE NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON DESÓRDENES PSICOLÓGICOS**

Por favor marque las casillas que sean necesarias para describir la problemática del menor;
lo cual facilitara la intervención de psicología.

Nombre del menor: _____

Edad: _____

Grupo: _____

Amnesia y problemas de memoria

☒ Tiende a englobarse
☐ Se pierde con facilidad
☐ Pierde las cosas con facilidad
☐ Tiene amnesia general
☐ Tiene amnesia por experiencias traumáticas
☐ Tiene amnesia por situaciones específicas
☐ Tiene perdida de tiempo

Ansiedad y comportamientos fóbicos

☒ Tiene ansiedad generalizada
☒ Tiene ansiedad de separación
☒ Tiene fobias
☒ Tiene ataques de pánico

Problemas de atención y concentración

☒ Se distrae con facilidad
☒ Tiene dificultad para concentrarse en la actividad que este realizando
☐ Tiene dificultad para mantener la atención
☒ Falla al escuchar
☐ Falla al seguir instrucciones
☐ Tiene dificultad para organizar actividades y metas
☒ Es impulsivo o hiperactivo
☒ Frecuentemente esta moviendo las manos y pies
☐ Se para frecuentemente en la silla
☒ Corre y se trepa en todo exageradamente
☒ Habla demasiado
☐ Frecuentemente da respuestas inesperadas
☐ Tiene dificultad para esperar su turno
☒ Interrumpe a los otros frecuentemente

Problemas de conducta

☒ Es disruptivo

1

- ☐ Muestra agresividad
- ☒ Tiene un temperamento explosivo
- ☐ Pelea frecuentemente
- ☐ Dice mentiras frecuentemente
- ☐ Roba frecuentemente
- ☐ Inicia incendios
- ☐ Es cruel con los animales
- ☒ Se evade de su hogar
- ☐ Se escapa de clases frecuentemente
- ☐ Ataca sexualmente a otros
- ☐ Tiene ideas homicidas
- ☐ Destruye propiedades (rompe ventanas, sillas, etc.)
- ☐ Se queda por fuera de la casa tarde en la noche
- ☐ No muestra remordimiento de sus acciones

Depresión

- ☐ Esta triste
- ☐ Tiene baja autoestima
- ☐ Expresa desesperanza
- ☐ Se culpa a si mismo
- ☒ Es irritable
- ☒ Muestra inestabilidad emocional
- ☐ Tiene ideas suicidas
- ☐ Ha hecho intentos de suicidio
- ☐ Presenta fatiga

Síntomas disociativos

- ☐ Tiene personalidades alteradas
- ☐ Presenta regresión con respecto a su edad
- ☐ Presenta cambios rápidos en su personalidad
- ☐ Tiene limites muy pobres
- ☐ Tiene estados de trance espontáneos
- ☒ Presenta movimientos involuntarios
- ☐ Presenta síntomas conversivos
- ☐ Presenta quejas somáticas
- ☐ Presenta pseudo-convulsiones

Problemas de alimentación

- ☐ Tiene anorexia
- ☐ Tiene bulimia
- ☐ Come compulsivamente
- ☐ Tiene muchos cambios de apetito
- ☐ Es obeso
- ☐ Come sustancias no nutritivas
- ☐ Devuelve la comida remasticandola

Desordenes de eliminación

- ☐ Presenta ausencia de control de vejiga
- ☐ Presenta ausencia de control de esfínteres

Alucinaciones

- ☐ Tiene alucinaciones auditivas
- ☐ Tiene alucinaciones de mando
- ☐ Tiene alucinaciones agresivas
- ☐ Tiene alucinaciones que le ordenan auto-lastimarse
- ☐ Tiene alucinaciones visuales
- ☐ Tiene alucinaciones táctiles
- ☐ Tiene alucinaciones somáticas
- ☐ Tiene acompañante imaginario (para adolescentes)

Problemas Interpersonales

- ☐ Falla desarrollando relaciones con sus iguales
- ☐ Falla por no poder compartir con otra gente
- ☐ Falta de reciprocidad social y emocional
- ☐ Presenta socialización indiscriminadamente

Problemas de lenguaje

- ☐ Tiene retraso o falta para expresar la lengua hablada
- ☐ Tiene dificultad iniciando o sosteniendo una conversación}
- ☐ Presenta lenguaje estereotipado o repetitivo
- ☐ Tiene lenguaje idiosincrático
- ☐ Presenta ecolalia (repetición de palabras como en eco)
- ☐ Tiene un déficit en la expresión del lenguaje
- ☐ Tiene un déficit en la recepción del lenguaje

Problemas motores

- ☐ Tiene tics (vocal o motor)
- ☐ Presenta movimientos no funcionales motores

Comportamientos obsesivos-compulsivos

- ☒ Tiene obsesiones
- ☐ Tiene rituales
- ☐ Tiene compulsiones

Síntomas ocupacionales

- ☐ Pierde control del temperamento frecuentemente
- ☐ Discute con los adultos frecuentemente
- ☐ Reta activamente a los adultos o se rehúsa a cumplir con las peticiones de los adultos
- ☐ Deliberadamente molesta a la gente
- ☐ Frecuentemente culpa a otros por sus errores es muy sensible o se molesta con los otros
- ☐ Frecuentemente se siente resentido y de mal genio
- ☐ Se encuentra frecuentemente rencoroso
- ☐ Se encuentra frecuentemente vengativo

Síntomas de Estrés – Postraumático

- ☒ Tiene pesadillas traumáticas
- ☒ Tiene pensamiento intrusivos
- ☒ Tiene imágenes o recuerdos del evento traumático
- ☒ Se encuentra hiper-vigilante
- ☒ Tiene reacciones de nerviosismos exagerados
- ☒ Evita estímulos Traumáticos
- ☒ Es temeroso
- ☐ Presenta comportamientos desorganizados o agitados
- ☐ Se engancha en juegos repetitivos

Problemas escolares

- ☐ Tiene problemas de aprendizaje
- ☐ Tiene problemas de lectura
- ☐ Tiene problemas de matemáticas
- ☐ Tiene problemas para deletrear
- ☐ Tiene problemas en el lenguaje oral
- ☐ Tiene problemas en expresión escrita
- ☐ Falta a la escuela
- ☐ Ha sido expulsado de la escuela
- ☐ Ha sido suspendido de la escuela

Problemas de separación

- ☐ Presenta nerviosismo cuando lo separan de las figuras de apego
- ☐ Se preocupa excesivamente de perder las figuras de apego
- ☐ Se rehúsa ir a la escuela
- ☐ Es temeroso a estar solo sin la figura de apego
- ☐ Se rehúsa irse a dormir sin la figura de apego
- ☐ Tiene pesadillas que involucran temores a la separación

Problemas de comportamiento sexual

- ☐ Presenta comportamientos sexuales inapropiados
- ☐ Se masturba compulsivamente
- ☐ Muestra los genitales en publico
- ☐ Se engancha en juegos sexuales inapropiados
- ☐ Es abusador sexual
- ☐ Es promiscuo

Problemas del sueño

- ☐ Tiene pesadillas no-traumáticas
- ☒ Tiene terrores en la noche
- ☐ Sufre de insomnio
- ☐ Sufre de sueño (hipersomnio)
- ☐ Camina dormido (sonámbulo)

Problemas de habla

- ☐ Tartamudea

☐ Comete errores en la producción del sonido

Comportamientos estereotipados

☐ Presenta comportamientos estereotipados o restrictivos

☐ Tiene rutinas inflexibles

☐ Tiene manierismos motores repetitivos

☒ Se preocupa persistentemente con partes u objetos

Síntomas de desorden de pensamiento

☒ Esta confundido

☒ Esta desorientado

☐ Presenta pensamiento desordenado

☐ Presenta ilusiones

☐ Presenta paranoia

☐ Presenta grandiosidad

**Anexo 5. Listado de síntomas y comportamientos de niños y adolescentes con
desordenes psicológicos - Abril 2016**

LISTADO DE SÍNTOMAS Y COMPORTAMIENTOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DESÓRDENES PSICOLÓGICOS

Por favor marque las casillas que sean necesarias para describir la problemática del menor; lo cual facilitara la intervención de psicología.

Nombre del menor: _____

Edad: _____

Grupo: _____

Amnesia y problemas de memoria

- ☐ Tiende a englobarse
- ☐ Se pierde con facilidad
- ☐ Pierde las cosas con facilidad
- ☐ Tiene amnesia general
- ☐ Tiene amnesia por experiencias traumáticas
- ☐ Tiene amnesia por situaciones específicas
- ☐ Tiene perdida de tiempo

Ansiedad y comportamientos fóbicos

- ☒ Tiene ansiedad generalizada
- ☐ Tiene ansiedad de separación
- ☐ Tiene fobias
- ☐ Tiene ataques de pánico

Problemas de atención y concentración

- ☐ Se distrae con facilidad
- ☐ Tiene dificultad para concentrarse en la actividad que este realizando
- ☐ Tiene dificultad para mantener la atención
- ☐ Falla al escuchar
- ☐ Falla al seguir instrucciones
- ☐ Tiene dificultad para organizar actividades y metas
- ☐ Es impulsivo o hiperactivo
- ☐ Frecuentemente esta moviendo las manos y pies
- ☐ Se para frecuentemente en la silla
- ☐ Corre y se trepa en todo exageradamente
- ☐ Habla demasiado
- ☐ Frecuentemente da respuestas inesperadas
- ☐ Tiene dificultad para esperar su turno
- ☐ Interrumpe a los otros frecuentemente

Problemas de conducta

- ☐ Es disruptivo

1

Anexo 6. Cuestionario EMBU-C para niños**CUESTIONARIO.**

NOMBRE	Niño(s) <u>JC</u>			
Padre			Madre	
EDAD	<u>6</u>	SEXO	F	M <input checked="" type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Divorciado	U consensual
CONVIVENCIA	Madre <input checked="" type="checkbox"/>	Padre <input checked="" type="checkbox"/>	Hermanos	Otro Familiar <input checked="" type="checkbox"/>

EMBU-C

EMBU-C dirigido a los niños, preguntando sobre su percepción del estilo educativo recibido por sus progenitores en la actualidad, y el EMBU-P preguntando a los progenitores sobre su estilo educativo hacia sus hijos, tambien en el momento presente. (Castro, Toro, Arrindell, Var der Ende y Puig, 1990)

EMBU C

	SI	NO
1. Siento que mis papas me quieren menos		<input checked="" type="checkbox"/>
2. Mis papas siempre estan molestos por mi comportamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Mis papas me han dicho que yo no sirvo para nada		<input checked="" type="checkbox"/>
4. Mis papas me pegan y no entiendo porque	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Casi siempre mis papas me pegan	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Mis papas me demuestran que me quieren	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Mis papas nunca estan conmigo	<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Yo creo que mis papas no quieren estar conmigo		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Cuando me porto bien, mis papas me hacen sentir bien	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Ellos me quieren como soy	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. Ellos a veces juegan conmigo	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. Nunca me dejan jugar		<input checked="" type="checkbox"/>
13. Ellos siempre estan peleando	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. Ellos me tratan mal		<input checked="" type="checkbox"/>
15. Ellos se pegan		<input checked="" type="checkbox"/>
16. Mis papas quieren mas a los otros que a mi		<input checked="" type="checkbox"/>
17. Mis papas me dejan hacer lo que yo quiera y nunca me regañan		<input checked="" type="checkbox"/>

Anexo 7. Cuestionario EMBU-P para padres

CUESTIONARIO EMBU-P

NOMBRE	Niño(a)				
EDAD		SEXO	F	M	
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Divorciado	U consensual	
				SI NO	
1. Castigo a mis hijos por pequeños errores				X	
2. A veces no puedo controlar mi rabia y les pego				X	
3. A veces los he tratado injustamente				X	
4. Los he pegado en presencia de otras personas				X	
5. Lo regaño pegándole				X	
6. Le he echado la culpa de las cosas que estamos pasando como Familia				X	
7. He sido brusco con él				X	
8. Me cuesta demostrar que quiero a mi hijo				X	
9. Me he preocupado por su salud				X	X
10. Los ayudo cuando tienen problemas				X	
11. A veces me arrepiento de tenerlos				X	X
12. Le gusta jugar con sus amigos				X	
13. Es respetuoso y cariñoso				X	
14. A veces pienso que me gustaría que fueran diferente				X	
15. Confío en mis hijos				X	
16. Me despreocupa que hace durante el día				X	
17. Lo veo siempre con miedo				X	
18. A veces los hago sentir mal				X	
19. Tiene dificultades para prestar atención				X	
20. No acata normas				X	
21. Manifiesta mucho miedo de que algo pase y los separe				X	
22. Tiene dolores de cabeza frecuentes.				X	
23. Tiene dolores de estómago frecuentes				X	
24. Tiene cambios emocionales o conductuales repentinos.				X	
25. Lloro fácilmente.				X	
26. Le es difícil quedarse dormido/a.				X	
27. Duerme más de lo común.				X	X
28. Tiene pesadillas.				X	X
29. Tiene miedo de quedarse solo/a.				X	X
30. Tiene miedo de quedarse con alguien que no sea yo.				X	X
31. Tiene miedo de los hombres.				X	X
32. Cambió bruscamente a ser retraído/a.				X	X
33. Rehusa a desvestirse delante de los demás.				X	X
34. Tiene miedo a ir solo/a al baño.				X	X
35. Está muy interesado/a o curioso/a sobre materias sexuales o las partes privadas del cuerpo.				X	X
36. Está muy agresivo/a con sus compañeros o con las partes privadas de las muñecas.				X	X
37. Se masturba más de lo que pienso es lo normal.				X	X
38. Es seductor/a con sus compañeros, profesores u otros adultos.				X	X
39. En estos días, se orina en la cama.				X	X
40. Alguna vez presentó daño en sus partes privadas.				X	X
41. Historial de fluidos vaginales inusuales.				X	X
42. Historial de sangre vaginal antes de la pubertad.				X	X

Anexo 8. Evaluación de fobias específicas – Noviembre 2015

Evaluación de fobias específicas

CUESTIONARIO DE MIEDOS INFANTILES-REVISADO (FSSC-R)

(Ollendick, 1983)*

Código: _____

Sexo: Varón: X Mujer: _____ Edad: 6 años años

Fecha: _____ / 11 / 2015

Aplican sólo chicos / chicas de 9 a 15 años	
P-1	A continuación se describen algunos objetos y situaciones que pueden producir miedo en los chicos y chicas. Lee detenidamente cada frase y marca con un círculo (○) la respuesta que mejor describa tu miedo. Si alguna de las frases se refiere a algo con lo que no te has encontrado nunca, piensa lo que podrías sentir si hubieras estado en esa situación. No existen contestaciones buenas ni malas; recuerda que únicamente debes señalar la palabra que mejor indique tu miedo. POR FAVOR, MARCA CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA ELEGIDA (○) Y NO DEJES PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
P-1a	¿Me podrías decir qué cosas o situaciones te asustan? Por favor, anota <u>lluvia tormenta</u> <u>pájaros</u>
P-1b	¿Cuáles otras? <u>oscuridad</u>
P-1c	Y de esas, ¿cuál es la que más te asusta? <u>lluvia - pájaros</u>

*© 1983 Thomas H. Ollendick. Reproducido con permiso.

© Ediciones Pirámide

2 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

CUADRO N.º 1

Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
	Nada	Poco	Mucho
1. Explicar un tema en clase	01	02	03
2. Viajar en coche o en autobús	01	02	03
3. Ser castigado/a por tu madre	01	02	03
4. Las lagartijas	01	02	03
5. Parecer tonto/a	01	02	03
6. Los fantasmas o las cosas misteriosas	01	02	03
7. Los objetos afilados	01	02	03
8. Tener que ir al hospital	01	02	03
9. La muerte o personas muertas	01	02	03
10. Perderse en un lugar desconocido	01	02	03
11. Las serpientes	01	02	03
12. Hablar por teléfono	01	02	03
13. La montaña rusa o los parques de atracciones	01	02	03
14. Ponerte enfermo/a en el colegio	01	02	03
15. Ser enviado/a al director del colegio	01	02	03
16. Viajar en tren	01	02	03
17. Quedarte en casa con una persona que cuida niños («una canguro»)	01	02	03
18. Los osos o los lobos	01	02	03
19. Conocer a alguien por primera vez	01	02	03
20. Los bombardeos (que tu país sea invadido)	01	02	03
21. Que la enfermera o el médico te pongan una inyección	01	02	03
22. Ir al dentista	01	02	03
23. Los lugares altos, como las montañas	01	02	03
24. Que se burlen o se rían de ti	01	02	03
25. Las arañas	01	02	03
26. Que un ladrón entre en tu casa	01	02	03
27. Viajar en avión	01	02	03
28. Que te llame la maestra en clase	01	02	03
29. Sacar malas notas	01	02	03
30. Los murciélagos o los pájaros	01	02	03
31. Que tus padres te critiquen o te regañen	01	02	03

Evaluación de fobias específicas / 3

CUADRO N.º 1

Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
	Nada	Poco	Mucho
32. Las pistolas	01	02	03
33. Estar presente en una pelea	01	02	03
34. El fuego (quemarte)	01	02	03
35. Cortarte o hacerte daño	01	02	03
36. Estar en un lugar donde hay mucha gente	01	02	03
37. Las tormentas	01	02	03
38. Tener que comer alguna comida que no te gusta	01	02	03
39. Los gatos	01	02	03
40. Suspender un examen	01	02	03
41. Ser atropellado por un coche o un camión	01	02	03
42. Tener que ir al colegio	01	02	03
43. Los juegos violentos en el recreo	01	02	03
44. Que tus padres discutan	01	02	03
45. Las habitaciones oscuras o los armarios	01	02	03
46. Tener que actuar en una función del colegio	01	02	03
47. Las hormigas o los escarabajos	01	02	03
48. Que otras personas te critiquen (que hablen mal de ti)	01	02	03
49. La gente de aspecto extraño	01	02	03
50. Ver sangre	01	02	03
51. Ir al médico	01	02	03
52. Los perros que parecen malos o raros	01	02	03
53. Los cementerios	01	02	03
54. Que te entreguen las notas	01	02	03
55. Que te corten el pelo	01	02	03
56. Las aguas profundas o el océano	01	02	03
57. Tener pesadillas	01	02	03
58. Caerte desde lugares altos	01	02	03
59. Recibir una descarga eléctrica (que te dé la corriente)	01	02	03
60. Acostarte con la luz apagada	01	02	03
61. Marearte en el coche	01	02	03
62. Estar solo/a	01	02	03
63. Tener que vestir de forma diferente de los demás	01	02	03

4 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

	Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
		Nada	Poco	Mucho
CUADRO N.º 1	64. Que tu padre te castigue	01	02	03
	65. Tener que esperar a la salida del colegio	01	02	03
	66. Cometer errores	01	02	03
	67. Las películas de misterio (o de miedo)	01	02	03
	68. El fuerte sonido de las sirenas	01	02	03
	69. Hacer algo nuevo	01	02	03
	70. Los microbios o padecer una enfermedad grave	01	02	03
	71. Los lugares cerrados	01	02	03
	72. Los terremotos	01	02	03
	73. Los terroristas	01	02	03
	74. Los ascensores	01	02	03
	75. Los lugares oscuros	01	02	03
	76. No poder respirar	01	02	03
	77. Que una abeja te pique	01	02	03
	78. Los gusanos o los caracoles	01	02	03
	79. Las ratas o los ratones	01	02	03
	80. Hacer un examen	01	02	03
P-2	¿Hay alguna otra cosa que te dé miedo y que no hayamos visto? ¿Cuál? <u>Pollos</u>			
P-2a	Añade con tus propias palabras otras cosas, animales o situaciones que te produzcan un poco o mucho miedo. ANOTE			
	1. <u>el payaso</u>	4. <u>la lluvia</u>	7. <u>antimetico</u>	
	2. <u>el perro</u>	5. <u>la tormenta</u>	8. <u>pelea</u>	
	3. <u>la serpiente</u>	6. <u>las curules</u>	9. <u>barba</u>	

Anexo 8. Evaluación de fobias específicas – Abril 2016

Evaluación de fobias específicas

CUESTIONARIO DE MIEDOS INFANTILES-REVISADO (FSSC-R) (Ollendick, 1983)*

Código: _____
Sexo: Varón: X Mujer: _____ Edad: 6 años
Fecha: 1.04.2016

Aplican sólo chicos / chicas de 9 a 15 años	
P-1	A continuación se describen algunos objetos y situaciones que pueden producir miedo en los chicos y chicas. Lee detenidamente cada frase y marca con un círculo (○) la respuesta que mejor describa tu miedo. Si alguna de las frases se refiere a algo con lo que no te has encontrado nunca, piensa lo que podrías sentir si hubieras estado en esa situación. No existen contestaciones buenas ni malas; recuerda que únicamente debes señalar la palabra que mejor indique tu miedo. POR FAVOR, MARCA CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA ELEGIDA (○) Y NO DEJES PREGUNTAS SIN CONTESTAR.
P-1a	¿Me podrías decir qué cosas o situaciones te asustan? Por favor, anota <u>perros</u>
P-1b	¿Cuáles otras? _____
P-1c	Y de esas, ¿cuál es la que más te asusta? _____

*© 1983 Thomas H. Ollendick. Reproducido con permiso.

© Ediciones Pirámide

2 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

CUADRO N.º 1

Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
	Nada	Poco	Mucho
1. Explicar un tema en clase	01	02	03
2. Viajar en coche o en autobús	01	02	03
3. Ser castigado/a por tu madre	01	02	03
4. Las lagartijas	01	02	03
5. Parecer tonto/a	01	02	03
6. Los fantasmas o las cosas misteriosas	01	02	03
7. Los objetos afilados	01	02	03
8. Tener que ir al hospital	01	02	03
9. La muerte o personas muertas	01	02	03
10. Perderse en un lugar desconocido	01	02	03
11. Las serpientes	01	02	03
12. Hablar por teléfono	01	02	03
13. La montaña rusa o los parques de atracciones	01	02	03
14. Ponerte enfermo/a en el colegio	01	02	03
15. Ser enviado/a al director del colegio	01	02	03
16. Viajar en tren	01	02	03
17. Quedarte en casa con una persona que cuida niños («una canguro»)	01	02	03
18. Los osos o los lobos	01	02	03
19. Conocer a alguien por primera vez	01	02	03
20. Los bombardeos (que tu país sea invadido)	01	02	03
21. Que la enfermera o el médico te pongan una inyección	01	02	03
22. Ir al dentista	01	02	03
23. Los lugares altos, como las montañas	01	02	03
24. Que se burlen o se rían de ti	01	02	03
25. Las arañas	01	02	03
26. Que un ladrón entre en tu casa	01	02	03
27. Viajar en avión	01	02	03
28. Que te llame la maestra en clase	01	02	03
29. Sacar malas notas	01	02	03
30. Los murciélagos o los pájaros	01	02	03
31. Que tus padres te critiquen o te regañen	01	02	03

Evaluación de fobias específicas / 3

CUADRO N.º 1

Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
	Nada	Poco	Mucho
32. Las pistolas	01	02	03
33. Estar presente en una pelea	01	02	03
34. El fuego (quemarte)	01	02	03
35. Cortarte o hacerte daño	01	02	03
36. Estar en un lugar donde hay mucha gente	01	02	03
37. Las tormentas	01	02	03
38. Tener que comer alguna comida que no te gusta	01	02	03
39. Los gatos	01	02	03
40. Suspender un examen	01	02	03
41. Ser atropellado por un coche o un camión	01	02	03
42. Tener que ir al colegio	01	02	03
43. Los juegos violentos en el recreo	01	02	03
44. Que tus padres discutan	01	02	03
45. Las habitaciones oscuras o los armarios	01	02	03
46. Tener que actuar en una función del colegio	01	02	03
47. Las hormigas o los escarabajos	01	02	03
48. Que otras personas te critiquen (que hablen mal de ti)	01	02	03
49. La gente de aspecto extraño	01	02	03
50. Ver sangre	01	02	03
51. Ir al médico	01	02	03
52. Los perros que parecen malos o raros	01	02	03
53. Los cementerios	01	02	03
54. Que te entreguen las notas	01	02	03
55. Que te corten el pelo	01	02	03
56. Las aguas profundas o el océano	01	02	03
57. Tener pesadillas	01	02	03
58. Caerte desde lugares altos	01	02	03
59. Recibir una descarga eléctrica (que te dé la corriente)	01	02	03
60. Acostarte con la luz apagada	01	02	03
61. Marearte en el coche	01	02	03
62. Estar solo/a	01	02	03
63. Tener que vestir de forma diferente de los demás	01	02	03

4 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

	Señala cuánto temor te producen las siguientes situaciones	P-1		
		Nada	Poco	Mucho
CUADRO N.º 1	64. Que tu padre te castigue	01	02	03
	65. Tener que esperar a la salida del colegio	01	02	03
	66. Cometer errores	01	02	03
	67. Las películas de misterio (o de miedo)	01	02	03
	68. El fuerte sonido de las sirenas	01	02	03
	69. Hacer algo nuevo	01	02	03
	70. Los microbios o padecer una enfermedad grave	01	02	03
	71. Los lugares cerrados	01	02	03
	72. Los terremotos	01	02	03
	73. Los terroristas	01	02	03
	74. Los ascensores	01	02	03
	75. Los lugares oscuros	01	02	03
	76. No poder respirar	01	02	03
	77. Que una abeja te pique	01	02	03
	78. Los gusanos o los caracoles	01	02	03
	79. Las ratas o los ratones	01	02	03
	80. Hacer un examen	01	02	03
P-2	¿Hay alguna otra cosa que te dé miedo y que no hayamos visto? ¿Cuál?			
P-2a	Añade con tus propias palabras otras cosas, animales o situaciones que te produzcan un poco o mucho miedo. ANOTE 1. <u>nada</u> 4. _____ 7. _____ 2. _____ 5. _____ 8. _____ 3. _____ 6. _____ 9. _____			

Anexo 9. Escala de Autoconcepto (Piers-Harris)

también un apartado donde el tutor / a puede indicar si los resultados se ajustan a la observación. Se adjuntan en otro lugar los criterios de corrección y baremos.

HOJA DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)

NIÑO (A): dc NIVEL: 1^{er} FECHA: Noviembre

P.D. = Puntuación Directa (Suma de las respuestas que coincidan con la plantilla de corrección).

P.C. = Puntuación centil (Lugar que ocupa la puntuación, dada en una escala de 5 a 99, según el baremo de cada nivel; indica el porcentaje de sujetos que se encuentran por debajo de la puntuación directa correspondiente).

DIMENSIONES	CODIGO	P.D.	P.C.
Conductual	C	6	5
Intelectual	I	8	5
	F	4	5
<i>Físico</i>			
Ansiedad	A	9	35
Popularidad	P	6	10
Felicidad – satisfacción	FS	6	25
		39	
Autoconcepto Global	AG		

OBSERVACIONES:

ESCALA DE AUTOCONCEPTO (PIERS-HARRIS)

NOMBRE : _____ NIVEL: _____

FECHA: _____

ASEVERACIÓN				
N		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	P
I	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ			

Intervención cognitivo conductual de un paciente con Fobia Especifica de 6 años

Mónica Andrea Pérez Rebellón

2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO	FS	
3	ME RESULTA DIFÍCIL ENCONTRAR AMIGOS	SI	NO	1	P
4	ESTOY TRISTE MUCHAS VECES	SI	NO		FS
5	SOY LISTO/A	SI	NO	I	1
6	SOY TÍMIDO/A	SI	NO	1	A
7	ME PONGO NERVIOSO/A CUANDO PREGUNTA EL PROFESOR	SI	NO	1	A
8	MI CARA ME DISGUSTA	SI	NO	1	F
9	CUANDO SEA MAYOR VOY A SER UNA PERSONA IMPORTANTE	SI	NO	I	1
10	ME PREOCUPO MUCHO CUANDO TENEMOS UN EXAMEN	SI	NO	1	A
11	CAIGO MAL EN CLASE	SI	NO	1	P
12	ME PORTO MAL EN CLASE	SI	NO	I	
13	CUANDO ALGO VA MAL SUELE SER POR CULPA MÍA	SI	NO	1	C
14	CREO PROBLEMAS A MI FAMILIA	SI	NO		C
15	SOY FUERTE	SI	NO	F	
16	TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO	I	1
17	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE EN MI FAMILIA	SI	NO	I	1
18	GENERALMENTE QUIERO SALIRME CON LA MÍA	SI	NO	1	C
19	TENGO HABILIDAD CON LAS MANOS	SI	NO	F	1
20	CUANDO LAS COSAS SON DIFÍCILES LAS DEJO SIN HACER	SI	NO		A
21	HAGO BIEN MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO	I	1
22	HAGO MUCHAS COSAS MALAS	SI	NO	I	1
23	DIBUJO BIEN	SI	NO	I	
24	SOY BUENO PARA LA MÚSICA	SI	NO		C
25	ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO	1	I
26	SOY LENTO HACIENDO MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO	I	1
27	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI CLASE	SI	NO		A
28	SOY NERVIOSO/A	SI	NO	F	1
29	TENGO LOS OJOS BONITOS	SI	NO	I	1
30	DENTRO DE CLASE PUEDO DAR UNA BUENA IMPRESIÓN	SI	NO	1	C
31	EN CLASE SUELO ESTAR EN LAS NUBES	SI	NO	1	C
32	FASTIDIO A MIS HERMANOS/AS	SI	NO	I	1
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO		C
34	ME METO EN LÍOS A MENUDO	SI	NO	C	
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SI	NO	FS	1
36	TENGO SUERTE	SI	NO		A
37	ME PREOCUPO MUCHO POR LAS COSAS	SI	NO		FS
38	MIS PADRES ME EXIGEN DEMASIADO	SI	NO	FS	1
39	ME GUSTA SER COMO SOY	SI	NO		P
40	ME SIENTO UN POCO RECHAZADO/A	SI	NO	F	
41	TENGO EL PELO BONITO	SI	NO	I	1
42	A MENUDO SALGO VOLUNTARIO/A EN CLASE	SI	NO		FS
43	ME GUSTARÍA SER DISTINTO/A A COMO SOY	SI	NO	A	
44	DUERMO BIEN POR LA NOCHE	SI	NO	1	C
45	ODIO EL COLEGIO	SI	NO		P
46	ME ELIGEN DE LOS ÚLTIMOS PARA JUGAR				

Intervención cognitivo conductual de un paciente con Fobia Especifica de 6 años

Mónica Andrea Pérez Rebellón

47	ESTOY ENFERMO FRECUENTEMENTE	SI	NO	1	F
48	A MENUDO SOY ANTIPÁTICO/A CON LOS DEMÁS	SI	NO	1	C
49	MIS COMPAÑEROS PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO	I	1
50	SOY DESGRACIADO/A	SI	NO	1	FS
51	TENGO MUCHOS AMIGOS/AS	SI	NO	P	1
52	SOY ALEGRE	SI	NO	FS	1
53	SOY TORPE PARA LA MAYORÍA DE LAS COSAS	SI	NO	1	I
54	SOY GUAPO/A	SI	NO	F	1
55	CUANDO TENGO QUE HACER ALGO LO HAGO CON GANAS	SI	NO	A	1
56	ME PELEO MUCHO	SI	NO	1	C
57	CAIGO BIEN A LAS CHICAS	SI	NO	P	1
58	LA GENTE SE APROVECHA DE MI	SI	NO	1	P
59	MI FAMILIA ESTA DESILUSIONADA CONMIGO	SI	NO		FS
60	TENGO UNA CARA GRADABLE	SI	NO	F	1
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO TODO PARECE SALIR MAL	SI	NO	1	A
62	EN MI CASA SE APROVECHAN DE MI.	SI	NO		P
63	SOY UNO/A DE LOS MEJORES EN JUEGOS Y DEPORTE	SI	NO	F	
64	SOY PATOSO/A	SI	NO	1	F
65	EN JUEGOS Y DEPORTES MIRO, PERO NO PARTICIPO.	SI	NO		F
66	SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO.	SI	NO	1	I
67	ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	SI	NO	C	1
68	ME ENFADO FACILENTE.	SI	NO		A
69	CAIGO BIEN A LOS CHICOS.	SI	NO	P	1
70	LEO BIEN.	SI	NO	I	1
71	ME GUSTA MAS TRABAJAR SOLO QUE EN GRUPO.	SI	NO		P
72	ME LLEVO BIEN CON MIS HERMANOS/AS.	SI	NO	C	1
73	TENGO UN BUEN TIPO.	SI	NO	F	1
74	SUELO TENER MIEDO.	SI	NO		A
75	SIEMPRE ESTOY ROMPIENDO COSAS.	SI	NO		C
76	SE PUEDE CONFIAR EN MI.	SI	NO	C	1
77	SOY UNA PERSONA RARA.	SI	NO		P
78	PIENSO EN HACER COSAS MALAS.	SI	NO		C
79	LLORO FÁCILMENTE.	SI	NO		A
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SI	NO	C	1

Anexo 10. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA LA FAMILIA SANTA ROSA DE LIMA - CAIF

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE NIÑOS

Yo, Luz Daly Cantillo Niebles, identificado con cédula de ciudadanía número 7045-633630 de Bogotá, actuando en mi calidad de representante legal del menor Joseph David Cantillo C., manifiesto a ustedes mi aceptación del tratamiento ofrecido por el Centro de Atención Integral para la Familia Santa Rosa de Lima, CAIF y que ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales se encuentran en el documento que describe la actividad que desarrolla el Centro, del cual puedo tener un ejemplar si así lo solicito.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por un psicólogo practicante perteneciente al CAIF que es una unidad dependiente de la Universidad del Norte, a la cual asisten estudiantes de la Maestría en Psicología Clínica con el fin de llevar a cabo la práctica indispensable en su proceso de formación. Entiendo de igual forma que estos practicantes son supervisados por los docentes determinados por la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte y que por lo tanto, mi situación personal será discutida con el (los) supervisor(es) del practicante con el fin de que éstos dirijan y vigilen el servicio que se presta.

Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento de mi representado es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

El caso, guardando absoluto rigor en la confidencialidad de los datos personales y de identificación, puede eventualmente formar parte de investigaciones que aporten al conocimiento e intervención del bienestar psicológico de la comunidad.

Autorizo al practicante para que consulte mi caso con otros profesionales de la Institución o terceros expertos, o remitirlo a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo y acepto que el tratamiento al que será sometido es llevado a cabo atendiendo el mejor esfuerzo del practicante y del grupo de profesionales y que en unos casos funciona mejor que en otros.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: Luz Daly Cantillo Niebles

Luz Daly Cantillo Niebles
FIRMA
CC No 7.045.633.630

FECHA